



Il libro riporta i dati di una ricerca sulla prevalenza di soggetti con problemi alcol correlati nelle province dell'Emilia-Romagna.

I dati raccolti evidenziano una diffusione elevata del fenomeno che in larga parte non emerge dal sommerso, differenze geografiche che riguardano sia il nord/sud della regione che residenti/non residenti, etniche, di genere e generazionali.

Tali diversità riflettono aspetti specifici di un problema complesso e in continua evoluzione; ad esempio le modificazioni in atto nell'uso di alcol tra le donne vanno interpretate in modo non disgiunto dai cambiamenti negli stili di consumo, dall'allentarsi delle reti tradizionali di controllo sulle giovani generazioni, dall'accentuarsi delle differenze tra aree urbane e comunità montane, dall'emergere di una società multietnica, e più in generale da tutto quello che riguarda i processi di emancipazione e la messa in discussione dei ruoli all'interno della famiglia e al lavoro.

Quello che sorprende è il forte influsso dei contesti culturali di riferimento, col permanere di modelli tradizionali in cui l'alcol appartiene a cultura e alimentazione, assieme all'emergere di nuovi significati attribuiti all'uso di alcolici, per molti versi simili e complementari a quelli di altre sostanze illegali.

Raimondo Maria Pavarin

Sociologo sanitario, epidemiologo, esperto in epidemiologia delle dipendenze, membro della Consulta nazionale degli esperti delle dipendenze, Direttore dell'Osservatorio Epidemiologico metropolitano dipendenze patologiche e del centro di documentazione sulle droghe dell'Azienda Usl di Bologna. Ha coordinato vari studi e ricerche e pubblicato numerosi articoli scientifici su riviste nazionali e internazionali. Fra le sue pubblicazioni: Sostanze legali e illegali: motivi e significati del consumo (Milano, 2008), Consumo, consumo problematico e dipendenza (Roma, 2007), Disagio sociale e marginalità a Bologna (Roma, 2007), Uso e abuso di sostanze (Roma, 2006).

Antonio Mosti

Medico e psicoterapeuta, Direttore del programma dipendenze dell'azienda Usl di Piacenza. Al lavoro clinico affianca l'attività di formazione e supervisione per gruppi di lavoro. E' componente della Consulta nazionale sull'alcol e consulente della Regione Emilia-Romagna. Fa parte del Comitato direttivo nazionale di FeDerSerd e del comitato scientifico della collana "Clinica delle dipendenze e dei comportamenti d'Abuso". È autore di numerosi lavori scientifici pubblicati su riviste nazionali

Alcol e alcolismo in Emilia-Romagna

Alcol e alcolismo in Emilia-Romagna

a cura di

**Raimondo Maria Pavarin
Antonio Mosti**



€ 10,00

CB 4548

ISBN 978-88-491-3211-3



9 788849 132113



Introduzione	pag.	7
1 Epidemiologia dell'alcol		
Di <i>Raimondo Maria Pavarin</i>		
1.1 Epidemiologia dell'alcol	»	12
1.2 La mortalità alcol correlata	»	22
1.3 Uno studio di mortalità su una coorte di alcolisti a Bologna	»	26
1.4 Motivi del bere e problematiche associate	»	32
2 Alcol e alcolismo in Emilia-Romagna		
Di <i>Raimondo Maria Pavarin</i>		
2.1 La prevalenza di soggetti con problemi alcol correlati	»	37
2.2 Metodologia utilizzata	»	38
2.3 Analisi dei ricoveri ospedalieri alcol correlati	»	43
2.4 Profili a rischio	»	49
2.5 Analisi del bacino di utenza	»	51
2.6 Stima della prevalenza	»	54
2.7 Alcuni spunti di analisi	»	60
3 L'offerta di servizi in Emilia-Romagna		
Di <i>Antonio Mosti</i>		
3.1 L'offerta di servizi in ambito alcologico	»	65
3.2 Il modello d'intervento	»	68
3.3 Un'ipotesi di Percorso Alcologico Aziendale	»	75
3.4 Alcune considerazioni	»	77
4 L'area metropolitana di Bologna		
A cura di <i>Silvia Marani</i>		
4.1 Analisi del territorio	»	78
4.2 I soggetti con problemi alcol correlati	»	79
4.3 La prevalenza nel territorio	»	82
5 L'Emilia		
5.1 L'Alcologia nel territorio piacentino	»	85
A cura di <i>Marco Controguerra</i>		
5.2 Soggetti con problemi alcol correlati nel territorio di Parma	»	95
Di <i>Barbara Cantarelli</i>		
5.3 Soggetti con problemi alcol correlati nella provincia di Ferrara	»	99
A cura di <i>Cristina Sorio</i>		
6 La Romagna		
6.1 Problemi e patologie alcol correlate nella Provincia di Ravenna	»	111
A cura di <i>Giovanni Greco</i>		

6.2	Analisi territoriale di Forlì: caratteristiche della popolazione e offerta di servizi Di <i>Samantha Sanchini</i>	»	119
6.3	Analisi del territorio cesenate A cura di <i>Monica Teodorani</i>	»	125
6.4	Problemi e patologie alcol correlate nel territorio della Provincia di Rimini A cura di <i>Matteo Gori</i>	»	132
	Bibliografia	»	140

Introduzione

Il consumo di alcol è uno degli elementi *determinanti* per la salute della popolazione. L'alcol è una sostanza tossica, potenzialmente cancerogena e capace di indurre dipendenza. È ormai evidente, a livello scientifico, la correlazione tra l'elevato consumo di alcol e l'aumento del rischio di morbilità e disabilità psicofisica nonché di mortalità per alcune cause.

Secondo l'OMS, ogni anno sono attribuibili al consumo di alcolici circa il 10% di tutte le malattie, il 10% di tutti i ricoveri, il 10% di tutti i tumori, il 63% delle cirrosi epatiche, il 9 % delle invalidità. I costi annuali, sociali e sanitari, sono pari al 2-5 % del PIL di ogni Paese.

In Italia il consumo di bevande alcoliche, e in particolare di vino, fa parte di una radicata tradizione culturale e l'assunzione moderata di alcol è una consuetudine alimentare molto diffusa. Negli ultimi anni si stanno inoltre diffondendo, soprattutto tra i giovani, modelli di consumo importati dai Paesi del Nord Europa che comportano notevoli variazioni nella quantità e qualità dei consumi, con un progressivo passaggio da un bere incentrato sul consumo di vino o bevande a bassa gradazione alcolica, durante i pasti, a un bere al di fuori dei pasti e in occasioni ricreative, con uso di bevande ad alto contenuto alcolico e in quantità spesso eccessive.

Per gli anni 1992-1999 l'Italia ha aderito al I Piano di azione europeo per l'alcol promosso dall'O.M.S. con lo scopo di portare gli Stati Membri ad una riduzione significativa del consumo di alcol nocivo per la salute e l'adozione di misure di lotta contro i comportamenti ad alto rischio. In relazione a ciò l'Italia ha adottato strategie per lo sviluppo delle attività del settore alcolico ed ha raggiunto risultati importanti, centrando il target proposto dall'O.M.S. della riduzione del 25% dei consumi annuali pro-capite di alcol puro, cui ha fatto riscontro negli stessi anni la riduzione del tasso di mortalità per cirrosi epatica.

La legge 125/2001 ha introdotto importanti novità sul piano della prevenzione, cura e controllo dell'alcolismo e dei problemi alcol correlati istituendo, tra l'altro, uno specifico fondo per le Regioni finalizzato ad attività di monitoraggio delle problematiche sociali e sanitarie correlate. La legge, sia pur non ancora applicata nella sua interezza, ha regolamentato anche settori non sanitari come la pubblicità, la vendita, gli ambienti di lavoro.

Il *Piano nazionale Alcol e Salute* (PNAS), approvato dalla Conferenza Stato Regioni il 29 marzo 2007, recepisce gli obiettivi, le strategie e le azioni di interesse più specificamente sanitario proposte dal II Piano O.M.S., nell'ambito dei principi ed indirizzi della legge 125/2001, fermo restando la necessità di dare impulso ad un approccio interistituzionale, in grado di coinvolgere in modo più diretto e puntuale tutte gli enti e le istituzioni pubbliche e private, del sociale e del sanitario, che possono svolgere un ruolo strategico per il raggiungimento

degli obiettivi di salute e sicurezza connessi con la riduzione del danno alcol correlato.

La Regione Emilia-Romagna, con delibera di Giunta 17 luglio 1996 n.1639, ha emanato apposite linee d'indirizzo sugli interventi per la prevenzione, la cura e il controllo dell'alcolismo e problemi alcol correlati.

In ogni Azienda Usl sono attivi, all'interno di un sistema a rete, i Centri Alcologici dei Ser.T., con le loro équipes multidisciplinari, i Centri Ospedaliero-Universitari, altri Servizi Sanitari pubblici e privati, gli Enti Locali, gli Enti Ausiliari, i Gruppi di auto mutuo aiuto.

Negli ultimi anni è andata progressivamente aumentando l'offerta di programmi di assistenza nei confronti di pazienti con problemi alcol-correlati, che nel 2006 risultano essere 5.174, pari al 29.9% del totale complessivo dei pazienti che accedono ai Ser.T.

Accanto all'impegno nella diagnosi e trattamento, la nostra Regione ha ulteriormente sviluppato in questi anni le azioni volte alla prevenzione alcolica, attraverso campagne infoeducative nelle scuole e nei luoghi del divertimento (Progetto Alcol e Giovani), potenziando l'attività delle Commissioni mediche locali cui afferiscono i soggetti fermati per guida in stato di ebbrezza (Progetto Alcol e Guida), attivando interventi di informazione e sensibilizzazione nei luoghi di lavoro pubblici e privati (Progetto Alcol e Lavoro). È stato inoltre avviato nel 2007 un programma regionale di formazione e aggiornamento continuo dei medici di medicina generale in tema di diagnosi precoce delle patologie alcol correlate ed intervento clinico breve.

Lo Studio trasversale sulla prevalenza di soggetti con problemi alcol correlati nella Regione Emilia Romagna nasce come naturale ampliamento di una precedente ricerca, effettuata dall'Osservatorio Epidemiologico Metropolitan Dipendenze Patologiche Ausl di Bologna e dal Ser.T. di Piacenza, nei rispettivi territori, nel corso del 2004. L'indagine aveva consentito di fare una stima del fenomeno attraverso l'analisi dei dati relativi ai soggetti con problemi alcol correlati entrati in contatto con il sistema dei servizi. Un'analisi non limitata alla sola utenza Ser.T. ma anche ai soggetti che per tali problemi si erano rivolti all'ospedale, o anche all'ospedale.

Questo lavoro ha consentito di gettare le premesse dell'attuale Progetto, che ha la finalità di costruire, attraverso un unico archivio, un sistema informativo regionale delle persone con problematiche alcol correlate, capace di evidenziare la differente configurazione del fenomeno tra i vari distretti o aree territoriali in riferimento alle caratteristiche dei soggetti, alla loro prevalenza, alla stima del numero oscuro.

Le differenze in ambito regionale possono essere lette sia come espressione di una diversa valenza socio-culturale dell'alcol nelle varie zone sia come una maggiore o minore capacità di attrazione dei servizi. Elementi di conoscenza estremamente utili per rendere la programmazione regionale e locale degli interventi sempre più coerente e adeguata ai bisogni del territorio, nella scelta delle priorità d'intervento, nella precisazione delle fasce di popolazione target, nella diversificazione dell'offerta e per un'appropriata allocazione delle risorse.

Sono stati coinvolti nel Progetto gli Osservatori epidemiologici dei Ser.T. di tutte le Aziende Usl (undici) dell'Emilia-Romagna. È stato realizzato, nella prima fase, un percorso di formazione e accompagnamento, coordinato dall'Osservatorio Epidemiologico Metropolitano Dipendenze Patologiche Ausl di Bologna e dal Ser.T. di Piacenza, finalizzato a condividere e uniformare la metodologia con gli operatori. Ogni Osservatorio ha quindi avviato l'elaborazione dei dati locali contribuendo a comporre il quadro d'insieme finale, riferito all'anno 2005.

Una prima valutazione di processo ha potuto evidenziare come questa esperienza di lavoro sia stata gradita e arricchente per gli operatori sia dal punto di vista culturale che operativo, per il buon livello di confronto e di scambio di esperienze che ha potuto consentire. Si sono rafforzati i legami di rete e gettate le basi per la costruzione di un sistema regionale di monitoraggio sull'alcol e problemi alcol correlati, aggiornabile di anno in anno ma, al tempo stesso, sufficientemente "leggero" da essere sostenibile, per il tipo di impegno tecnico richiesto agli operatori. Per quanto riguarda i risultati dello studio, le riflessioni che hanno più evidenti implicazioni sul piano dell'organizzazione dei servizi e sulla programmazione degli interventi possono essere così riassunte:

1. L'elevata incidenza di ricoveri per patologie epatiche, testimonia della diffusa sottovalutazione del danno indotto dal consumo incongruo di alcol, protratto nella maggior parte dei casi, per un lungo arco di tempo; l'indicazione che se ne trae va nel senso del rafforzamento di tutte le azioni di tipo informativo e educativo volte a modificare l'attuale atteggiamento culturale, prevenire i comportamenti a rischio e promuovere scelte di consumo più consapevoli.
2. L'alto numero di ricoveri per sindrome da dipendenza alcolica o per abuso di alcol senza dipendenza, fanno riflettere sulla capacità dei servizi di intercettare e accogliere molte situazioni che sarebbero controllabili in ambito ambulatoriale, domiciliare o in day hospital; occorre potenziare l'offerta di presa in carico, incrementare i percorsi assistenziali presso le strutture intermedie e, complessivamente, migliorare il raccordo operativo e l'interazione tra servizi del territorio e l'ospedale.
3. L'aumento dei ricoveri ad accesso diretto e di quelli d'urgenza, a fronte della riduzione dei ricoveri programmati su proposta di uno specialista o del medico di base sanitario, sono anch'essi elementi di riflessione in merito ad una insufficiente e/o inefficiente risposta del filtro territoriale. Certamente il superamento di queste criticità passa anche attraverso la crescita delle competenze professionali ottenibile mediante l'aggiornamento professionale continuo. Va in questo senso l'attuazione del programma regionale di formazione dei medici generali sulle problematiche alcol correlate precedentemente citato.
4. L'incremento dei ricoveri per abuso e la diminuzione di quelli per dipendenza alcolica confermano il mutamento delle abitudini di consumo, sempre più spostate verso modelli di comportamento "binge drinking", interessanti prevalentemente le fasce di popolazione più giovanili. Il

problema va affrontato combinando in modo più efficace e sinergico gli interventi di tipo preventivo con le azioni di vigilanza e controllo sul rispetto delle norme vigenti in tema di pubblicità, vendita ai minori, responsabilità degli esercenti nei luoghi del divertimento, guida sicura.

5. L'analisi sulle differenze geografiche offre ulteriori elementi di conoscenza utili ad orientare le modalità di intervento: in Emilia prevalgono i ricoveri per danni epatici, con soggetti in età più elevata, mentre in Romagna si rileva un maggiore numero di ricoveri per incidenti stradali, abuso e dipendenza, con età più bassa. Il confronto tra servizi che hanno, nel corso degli anni, maturato competenze specifiche nei confronti di tipologie di utenza diverse potrà consentire uno scambio di esperienze particolarmente utile ai fini dell'ampliamento delle proposte d'intervento da offrire su scala regionale.
6. La stima del numero oscuro rivela che per ogni soggetto che si è rivolto ad un Ser.T./Ospedale per problemi alcol correlati ve ne sarebbero almeno altri due non intercettati; per ogni soggetto che accede al Ser.T. per problemi alcolcorrelati ve ne sarebbero altri cinque. Sono dati che inducono, come i precedenti, a riconsiderare in modo sostanziale le potenzialità espresse dal sistema nel suo insieme.

Le criticità evidenziate dallo studio richiedono risposte che il sistema dei servizi, nella sua globalità, deve riuscire a dare attraverso il potenziamento complessivo delle modalità d'intervento in tutti gli ambiti: da quello preventivo, a quello diagnostico-terapeutico, salvaguardando la specificità ed unitarietà dei percorsi e, al tempo stesso, rafforzando le azioni di vigilanza e controllo sull'applicazione delle norme che regolamentano l'uso sociale dell'alcol. È indispensabile altresì un maggiore sforzo di coordinamento tra tutti i soggetti e i livelli operativi interessati. Molto è stato già fatto e si sta continuando a fare, come evidenziato in premessa. Anche la collaborazione interistituzionale ha registrato significativi passi in avanti, soprattutto nell'ultimo periodo: la recente approvazione del Piano Nazionale Alcol e Salute da parte della Conferenza Stato Regioni ne è un esempio. Molto, certamente, rimane ancora da fare ma nella consapevolezza, almeno per quanto riguarda la nostra regione, di lavorare per un obiettivo preciso: quello di contribuire ad affermare e promuovere un approccio alle problematiche alcol correlate basato su due *centralità*, essenziali e tra loro inscindibili: la centralità della persona, considerata nella sua interezza con i suoi problemi, le sue richieste e i suoi bisogni, e la centralità del territorio, come ambito in cui si manifestano i problemi e cui ricondurre le risposte sia in termini di prevenzione, diagnosi e cura sia in termini di organizzazione e coordinamento complessivo degli interventi. A questo tipo di visione sono informate le linee d'indirizzo regionali, i rapporti che si sono costruiti tra il pubblico e il privato sociale, le modalità di lavoro degli operatori, la formazione a tutti i livelli, la valutazione degli interventi e, non ultimo, questo Progetto per un sistema informativo sui problemi alcol correlati, che ci aiuterà a migliorare sensibilmente il monitoraggio complessivo del fenomeno, consentendoci di fornire un'offerta

più appropriata a fronte di una più precisa e completa lettura della domanda espressa.

Desideriamo, infine, ringraziare sentitamente tutti gli operatori degli Osservatori Epidemiologici dei Ser.T. dell'Emilia-Romagna che hanno reso possibile la realizzazione di questo lavoro ed in particolar modo l'Osservatorio epidemiologico Metropolitano Dipendenze Patologiche di Bologna, nelle persone del dott. Raimondo Maria Pavarin e della dott.ssa Silvia Marani, che hanno coordinato tecnicamente la ricerca, e il Ser.T. di Piacenza, nella persona del dott. Antonio Mosti per la preziosa consulenza scientifica.

*Angelo Fioritti**

*Mila Ferri***

*Maurizio Laezza****

* Responsabile Servizio salute Mentale, dipendenze patologiche, salute nelle carceri, Regione Emilia - Romagna

** Dirigente Area Dipendenze, Regione Emilia - Romagna

*** Già referente Progetto Alcol, Servizio salute Mentale, dipendenze patologiche, salute nelle carceri, Regione Emilia - Romagna

1. Epidemiologia dell'alcol

Di *Raimondo Maria Pavarin*

1.1 Epidemiologia dell'alcol

L'alcol e l'alcolismo si presentano con tratti fortemente ambigui che rendono ogni discorso particolarmente difficile e complesso a cominciare dal tentativo di stabilire se l'alcol sia o meno una droga. Tra gli elementi di complessità va considerato che l'alcol è fra le sostanze psicoattive quella più diffusa e meglio integrata nel contesto culturale e sociale e che il suo consumo è pienamente legale tranne che per pochissime eccezioni in determinate circostanze. Contrariamente alle droghe illegali raramente l'alcol è vissuto come sostanza marginalizzante a meno che non sia consumata in "eccesso". Il senso comune vuole invece che tale sostanza non venga considerata una droga ma un alimento di cui è bene non abusare e il cui abuso è tutt'al più una "cattiva abitudine".

Un altro elemento di complessità è la difficoltà nel definire una dose giornaliera accettabile a causa della forte variabilità della risposta biologica individuale. È stato dimostrato da diverse ricerche che i problemi di salute, sanitari e sociali legati all'alcol non sono associati solo all'eccessivo consumo ma insorgono anche a fronte di livelli di assunzione moderati.

In Italia le problematiche relative all'alcol possono essere suddivise in due aspetti: le complicazioni di tipo medico sanitario, ivi compreso morbilità e mortalità, e la modificazione in atto negli stili del bere.

Le evidenze epidemiologiche confermano la correlazione tra elevato consumo di alcol nella popolazione e aumento del rischio di morbilità e mortalità per alcune cause. Il rischio di danni sanitari cresce con la quantità di alcol consumata, anche se il consumo medio pro capite in una data popolazione non è direttamente informativo sulla distribuzione del consumo e popolazioni caratterizzate da uguale consumo medio potrebbero differire per la prevalenza di "forti bevitori". Rischi elevati sono stati osservati per la cirrosi epatica, per le neoplasie dei tratti superiori del sistema respiratorio e digerente e per l'ictus emorragico. Associazioni più deboli, ma significative, per cause violente, tumori del fegato, ipertensione essenziale e pancreatite cronica. Malattie come i tumori del colon retto e della mammella, per le quali il ruolo dell'alcol è ancora dibattuto, sono risultate significativamente associate al consumo. Per tutte queste condizioni, bassi consumi di alcol, corrispondenti a un consumo medio giornaliero di 2 bicchieri di vino, o 2 boccali di birra, o due bicchierini di liquore (25/G DIE alcol anidro), hanno mostrato essere associati con un significativo incremento del rischio [Corrao et al. 2002]. Per le malattie coronariche è stata osservata una relazione dose risposta che evidenzia

incrementi del rischio di malattia per dosi elevate e effetti protettivi per dosi moderate, ma va rilevato che questa evidenza è ancora in discussione [Dipartimento della prevenzione e della comunicazione – Direzione generale della prevenzione sanitaria 2007].

Secondo il modello di Skog [Skog 1985] i fattori biologici, fisici ed ambientali che influenzano il comportamento alcolico di un individuo si combinano moltiplicativamente nel determinare il comportamento stesso. La “cultura alcolica” di una popolazione non dovrebbe essere concepita come un aggregato di culture individuali indipendenti, bensì come un sistema altamente organizzato nel quale il comportamento di un individuo influenza quello degli altri della sua rete sociale, instaurando in tal modo meccanismi informali di controllo del comportamento alcolico. Ciò comporta che i cambiamenti del consumo medio pro capite in una popolazione dovrebbero essere la risultante dei cambiamenti delle abitudini alcoliche di tutti gli individui di quella popolazione.

Il diffondersi generalizzato del consumo legato all'alcol lascia intravedere uno scenario fatto di stili di consumo spesso tra loro molto diversi e nuovi consumi legati a nuove tendenze di socialità e di fruizione. Emergono in questi casi i potenziali rischi dovuti alla modificazione in atto degli stili del bere giovanile, orientati in modo deciso verso lo “sballo”, l'alta prevalenza di comportamenti pericolosi come uso di più sostanze psicoattive nella stessa serata, mix di alcol e stupefacenti, guidare dopo aver bevuto alcolici [Pavarin A 2006; Pavarin B 2006; Pavarin 2007;].

Gli studi in letteratura che utilizzano un approccio socio-culturale fanno riferimento a due modelli ideal-tipici del bere: un modello “bagnato” o mediterraneo ed un modello “asciutto” o anglosassone [Cottino 1991]. Per spiegare i diversi atteggiamenti culturali nei confronti del bere viene preso in considerazione il valore d'uso che viene fatto delle bevande alcoliche e la funzione sociale. Nei paesi produttori di vino è dominante il valore nutritivo alimentare dell'alcol e il bere costituisce un elemento importante dell'interazione sociale. Per converso, nelle società dell'Europa centro-settentrionale, il primato è stato storicamente dato all'uso inebriante dell'alcol, bevanda di regola assente nella vita di tutti i giorni. A una cultura dell'ubriachezza propria del modello anglosassone si contrappone una cultura del bere propria del modello mediterraneo. A una cultura nella quale il valore d'uso principale è costituito dall'euforia si contrappone una cultura nella quale altri sono i valori d'uso dominanti, come ad esempio il nutrimento o la socialità. Individuare il valore d'uso dominante in una data società, significa anche prendere atto del fatto che la struttura stessa degli atteggiamenti nei confronti delle bevande alcoliche ne risulta conseguente in quanto valori d'uso e atteggiamenti sono tra di loro legati. È chiaro infatti che, nella misura in cui domina l'uso dell'alcol come mezzo per “sballare”, poca o nessuna differenza sarà riscontrabile tra atteggiamenti nei confronti del bere e atteggiamenti nei confronti dell'ubriachezza. Se il valore d'uso alimentare del vino non è dominante, il rischio di abuso alcolico aumenta perché si apre lo spazio al valore d'uso dell'euforia. L'adozione di un nuovo stile del bere comporta infatti

che le regole del “come”, del “dove” e del “quanto”, elaborate nei secoli dalla cultura mediterranea per il vino, siano certamente diverse da quelle in atto in contesti culturali dove si consumano tradizionalmente superalcolici e birra e dove l’euforia costituisce il valore d’uso principale [Cottino 1991].

Le modalità del bere giovanile si stanno differenziando da quelle degli adulti e questo mutamento in corso va esaminato all’interno dei cambiamenti più generali dei consumi alcolici e delle trasformazioni sociali in atto. Ad esempio nelle donne, soprattutto tra le più giovani, aumenta la tendenza a consumi elevati e al di fuori dei pasti, nei locali pubblici e nelle discoteche, secondo un modello di consumo importato dal nord Europa. In questo caso si può ipotizzare che l’accrescimento dell’interesse verso l’alcol sia in relazione con la globalizzazione dei consumi che hanno avvicinato la donna mediterranea ad abitudini e comportamenti che favoriscono l’uso ricreazionale e fuori casa, anche al di fuori delle occasioni alimentari e con tendenza all’aumento delle quantità assunte [Pala 2004].

I dati disponibili relativamente al consumo di alcol ed ai profili a rischio nella popolazione derivano da indagini campionarie a livello nazionale [Istat 2007; Doxa 2006] ed europeo [WHO 2007; Eurobarometer 2007; Espad 2006]. I principali limiti di tali studi sono soprattutto di tipo metodologico (costruzione del campione, tasso di copertura del territorio e tasso di risposta) e riguardano il target (difficilmente comprendono non residenti e stranieri), la mobilità territoriale (non considerano da quanto tempo gli intervistati sono residenti, non vengono considerati gli spostamenti nel territorio), la dimensione temporale (non colgono le modificazioni dei consumi nel tempo a livello individuale, ma solo aggregato per vari tipi di variabile) e l’effetto dose/risposta (il dosaggio non viene attribuito ai singoli soggetti in relazione a peso corporeo e abitudini alimentari).

I dati relativi alla morbilità possono desumersi dalle statistiche annuali sugli utenti dei servizi territoriali (Ser.T.), sui ricoveri ospedalieri (Scheda Dimissione Ospedaliera) e dai risultati degli studi epidemiologici.

Negli ultimi dieci anni nei Ser.T. è aumentato il numero degli utenti, dei nuovi utenti e la ritenzione in trattamento. Cala la quota di alcolisti con abuso di vino ed aumenta per birra e superalcolici. Si evidenziano differenze tra gli utenti dei servizi della regione Emilia Romagna e la media nazionale: maggiore presenza di femmine, maggiore ritenzione in trattamento, uso più diffuso di trattamenti con farmaci e inserimenti in comunità.

I ricoveri negli ospedali pubblici e privati per diagnosi totalmente attribuibili all’alcol sono in diminuzione rispetto al 2000: aumentano con l’età per i maschi, mentre per le femmine aumentano sino ai 55 anni per poi diminuire. Un ricovero su tre è per sindrome di dipendenza da alcol o per cirrosi, uno su dieci per abuso di alcol. In Emilia Romagna si registra una prevalenza più elevata di ricoveri che, come rilevato anche per gli utenti Ser.T., riguardano soggetti mediamente più anziani rispetto al dato nazionale.

Per la mortalità bisogna fare riferimento a studi specifici [La Vecchia et al. 1986; Corrao et al. 1993; Cipriani et al. 1996; Cipriani et al. 1998; Farchi et al. 2000; Cipriani et al. 2001; Corrao et al. 2002; Zambon et al. 2007; La Torre et

al. 2007]: la frequenza e l'intensità delle intossicazioni acute accresce in particolare il rischio di incidenti stradali e di patologie cardiovascolari quali infarti e malattie coronariche.

Cause di morte interamente attribuibili all'alcol sono: psicosi alcolica, sindrome da dipendenza da alcol, abuso di alcol senza menzione di dipendenza, polineuropatia alcolica, cardiomiopatia alcolica, gastrite alcolica, eccessivo livello ematico di alcol, avvelenamento accidentale da alcol etilico non altrove specificato.

Cause di morte parzialmente attribuibili all'alcol: neoplasie maligne delle labbra, della cavità orale e della faringe, dell'esofago, del fegato e dei dotti biliari intraepatici e della laringe, ictus emorragico, cirrosi e altre malattie croniche del fegato, traumatismi e avvelenamenti.

Cause di morte parzialmente attribuibili all'alcol sulle quali sono stati pubblicati pochi studi epidemiologici: neoplasie del colon, del retto, della mammella, ipertensione essenziale, pancreatite cronica.

Per tutte queste cause il rischio considerato associato al consumo di dosi di alcol normalmente considerate innocue (25 g/die) è risultato significativamente superiore a quello associato alla condizione di astemio: qualsiasi dose di alcol è potenzialmente causa di malattia (anche se il rischio aumenta con l'aumentare del consumo) e la definizione di qualsiasi dose soglia è del tutto arbitraria non essendo suffragata da solide evidenze scientifiche. Il numero di decessi attribuibili all'alcol è passato da 63000 nel 1973 a 44000 nel 1993, ma i decessi attribuibili a basse dosi di alcol sono aumentati, mentre la forte riduzione del fenomeno ha riguardato l'impatto di elevati consumi [Corrao et al. 2002]. Ciò suggerisce che la parte sommersa dei problemi alcol correlati ha una dimensione molto più elevata rispetto a quella dovuta a consumi considerati a rischio, con forti implicazioni sulle strategie di tipo preventivo [Zambon et al. 2007]. Rimane comunque ancora da verificare l'ipotesi che altri fattori (dieta, modalità e/o tipologia della bevanda alcolica, predisposizione genetica) modifichino il rischio indotto dall'alcol, infatti mentre i tassi di mortalità nelle regioni del nord e del sud dell'Italia sono congruenti con i consumi rilevati in quelle aree, quelli delle regioni del centro sono significativamente inferiori alla media nazionale contro livelli di assunzione alcolica ai vertici nazionali [Cipriani et al. 1996].

Secondo l'indagine dell'ISTAT, in Italia nel corso del 2006 il 68.3% delle persone con più di 10 anni ha consumato almeno una volta negli ultimi dodici mesi una o più bevande alcoliche: l'81.1% dei maschi ed il 56.4% delle femmine [ISTAT 2007]. Il consumo risulta più elevato per i maschi e aumenta con età e titolo di studio, ma va rilevato che all'aumentare della scolarità diminuiscono le differenze di genere in tutte le classi di età. Per quanto riguarda le bevande, rispetto al 1998 in entrambi i sessi è in leggero aumento il consumo di vino e in diminuzione quello di birra ed aumenta in modo consistente quello di aperitivi e superalcolici. Tali consumi sono diversificati a seconda dell'età e si stanno diffondendo modelli tipici delle "culture asciutte" del Nord Europa: mentre tra i minorenni prevale il consumo di birra, tra i giovani di 18-24 anni prevale il consumo di aperitivi e superalcolici.

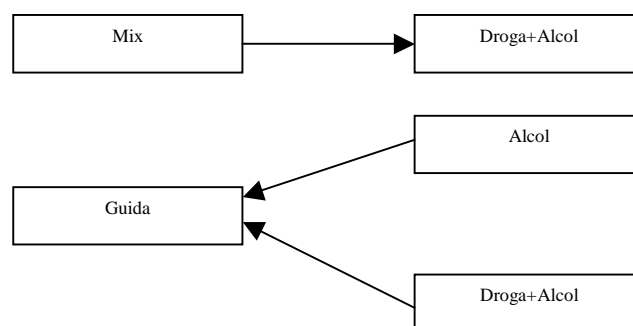
Il dato italiano risulta più basso rispetto agli altri paesi europei sia per il consumo negli ultimi 12 mesi per soggetti con più di 11 anni, che varia dall'83.6% dell'Irlanda al 99.2% della Gran Bretagna [Eurostat 2007], sia relativamente al consumo annuo di alcol pro capite nella popolazione con più di 15 anni di età dove l'Italia si colloca al 17° posto con una media di 10.5 litri [WHO 2007]. In questa classifica la Regione Emilia Romagna si trova al primo posto tra le regioni italiane con una percentuale del 76.1%, rispettivamente 84.5% tra i maschi e 68.2% tra le femmine. Relativamente al consumo giornaliero, la percentuale in Italia è del 29.5%, con una notevole differenza tra maschi (43.4%) e femmine (16.5%), in aumento con l'età; la regione Emilia Romagna si colloca al sesto posto tra le regioni con una percentuale del 34.2%.

Utilizzando come indicatore l'"unità alcolica", corrispondente a un bicchiere piccolo di vino di media gradazione, o a una lattina di birra di media gradazione o a un bicchierino di superalcolico, assume due unità alcoliche al giorno il 20.1% dei maschi e il 6.8% delle femmine. Considerando come quantità "non moderata" almeno tre unità alcoliche al giorno, tale consumo risulta più elevato tra i soggetti con bassa scolarità e cresce con l'età, raggiungendo la percentuale del 12.6% tra i maschi di età compresa tra 55 e 64 anni.

È in aumento la percentuale di soggetti che bevono alcolici fuori pasto (11.6% tra i maschi e 2.7% tra le femmine), soprattutto tra i giovani con meno di 30 anni, abitudine che risulta più diffusa sia tra maschi che tra le femmine con età compresa tra 20 e 24 anni. Per quanto riguarda gli episodi di alterazione alcolica, nel corso dell'ultimo anno si è ubriacato almeno una volta il 13.9% dei maschi ed il 3.3% delle femmine. Tale fenomeno è più frequente tra i maschi e tra i soggetti più giovani, ma va rilevato che le differenze di genere risultano meno accentuate al diminuire dell'età.

Anche per la Doxa in Italia è in aumento la percentuale di consumatori di bevande alcoliche, che passa dal 74% nel 1993 all'81% nel 2005 tra i soggetti con più di 14 anni [Doxa 2006]. L'80.4% degli italiani con più di 12 anni ha bevuto alcolici almeno una volta negli ultimi tre mesi. La quota di consumatori regolari aumenta sino ai 54 anni per poi diminuire. Rispetto al 2000 tra i maschi aumentano i consumatori regolari e diminuiscono consumatori occasionali e non consumatori. Tra le femmine sono stabili i consumatori regolari, diminuiscono i consumatori occasionali e aumentano i non consumatori. Sono in leggero aumento le percentuali di consumo per tutti i tipi di alcolici: si stima un numero di 33.7 milioni di consumatori occasionali di vino, 27.3 di birra, 15.4 per le bevande a media gradazione alcolica e 12.4 per i superalcolici.

L'uso di sostanze psicoattive, di per sé cagionevole per la salute, rimane una questione sostanzialmente "privata", diversa da soggetto a soggetto ed a seconda del tipo di sostanza, ma assume particolare rilevanza quando diviene un "fatto sociale", quando cioè il consumatore sviluppa problematiche di tipo medico sanitario (incidenti stradali, ricoveri ospedalieri, complicanze sanitarie, dipendenza) o giudiziarie (comportamenti violenti, violazioni del codice della strada) o in relazione al rapporto con gli altri (comportamenti pericolosi). I comportamenti pericolosi possono essere classificati a seconda di come viene gestita la sostanza (il mix) e di cosa si fa dopo l'uso (guida).



Anche se si crede di conoscere l'effetto delle sostanze che si usano e si ritiene di essere in grado di "gestirle", l'uso in successione di sostanze diverse nel corso della stessa serata o in un arco di tempo più lungo può determinare effetti non previsti né prevedibili, diversi da soggetto a soggetto. Inoltre molte sostanze lasciano una specie di "memoria" nell'organismo ed anche dopo averne cessato l'uso si possono presentare effetti analoghi a quelli ottenuti con l'assunzione. Per quanto riguarda lo specifico dell'uso associato prima della guida di veicoli, va chiarito che l'alcol e gli stupefacenti influenzano attenzione, concentrazione e adeguatezza della risposta a stimoli esterni, determinando una alterazione dei tempi di reazione, a volte riducendoli a volte esasperandoli, per una eccessiva fiducia nelle proprie capacità o aumento di aggressività o sottostima del rischio. Oltre ad alterare percezione e comportamenti tutte le sostanze psicoattive prima o poi inducono anche sonnolenza, e va specificato che l'assunzione di più sostanze può portare ad una condotta di guida inadeguata anche per dosi minime.

Alcune ricerche da me coordinate, utilizzando metodi simili in varie zone d'Italia su target diversi, confermano l'elevata prevalenza di soggetti che hanno guidato almeno una volta dopo aver bevuto alcolici e di positivi al test CAGE¹. Da rilevare come tali comportamenti siano diffusi anche tra le persone

¹ Il test è composto da quattro semplici domande alle quali si risponde sì o no: una risposta positiva a tale test indica il "sospetto", due "l'alta probabilità", almeno tre la "certezza" dell'esistenza di un problema alcol correlato: Hai mai sentito la necessità di ridurre il bere? (C=cut down); Sei mai stato infastidito da critiche sul tuo modo di bere? (A=annoyed); Hai mai provato disagio o senso di colpa per il tuo modo di bere? (G=guilty); Hai mai bevuto alcolici appena alzato? (E=ever opener)

intervistate in contesti “normali” e con età mediamente elevata [Pavarin 2004; Pavarin 2005; Pavarin 2007; Pavarin B 2006].

	Street Rave 2004	Arezzo Wave 2004	Bar Valdarno 2004	Bar Bologna 2005	Studio PCS 2008
Numero intervistati	590	1073	956	308	1873
Età media	23.9	25.7	24.1	43.4	25
Femmine	38%	43%	33%	15%	43.7%
Alcol+guida	63.7%	61.3%	72.9%	11%	43.6%
Mix Droga+Alcol	83.7%	58.9%	59.1%	37.7%	44.3%
Positivo 2 items test CAGE	23%	16.9%	23.7%	18.2%	25%
Necessità ridurre il bere	32.2%	21%	24.0%	20.8%	32.6%
Infastidito da critiche	17.3%	16.3%	24.1%	18.8%	19.6%
Disagio o senso di colpa	12.9%	13%	24.0%	11.4%	20.1%
Bevuto Alcolici appena alzato	20.2%	13%	22.9%	9.7%	12.5%

Come misura di rischio è stata utilizzata la positività ad almeno due risposte al test C.A.G.E., strumento adoperato in numerosi studi di prevalenza e riportato ampiamente in letteratura, efficace per valutare il livello di rischio rispetto all'utilizzo di alcolici. Da rilevare che almeno il 20% degli intervistati ha sentito la necessità di ridurre il bere, il 16% è stato infastidito da critiche sul modo di bere, l'11% ha provato disagio o sensi di colpa, il 10% ha bevuto alcolici appena alzato.

All'interno dello studio nazionale multicentrico P.C.S.² [Pavarin A 2008], dove sono stati intervistati quattromila soggetti di età compresa tra 15 e 50 anni in 25 città italiane scelti casualmente in vari luoghi e contesti, sono stati individuati i profili delle persone con maggiore probabilità relativamente ai vari tipi di comportamenti pericolosi. Il rischio di guidare dopo aver assunto alcolici è più elevato per i maschi rispetto alle femmine ed aumenta con l'età (dove risulta maggiore per i soggetti con età compresa tra 20 e 34 anni) e con il livello di scolarità (anche se la scolarità risulta fortemente associata ad età e reddito). Il rischio di mischiare alcol più stupefacenti non sembra correlato all'età, ma aumenta al crescere del reddito medio mensile disponibile e risulta associato all'uso di Haschish, Marijuana e Cocaina. Da segnalare che per questi soggetti la positività al test CAGE non è statisticamente significativa, dato che evidenzia ulteriormente come le popolazioni di abusatori (ma non di consumatori) di alcol e di stupefacenti siano tra loro distinte.

I risultati di una iniziativa di prevenzione e riduzione dei danni e dei rischi connessi all'uso di alcol promossa dal comune di Bologna settore coordinamento e servizi sociali rivolta alla popolazione giovanile evidenziano come il rischio di abuso sia collegato più all'età ed al sesso che alla tipologia

² Percezione del rischio – Comportamenti protettivi – Significati attribuiti

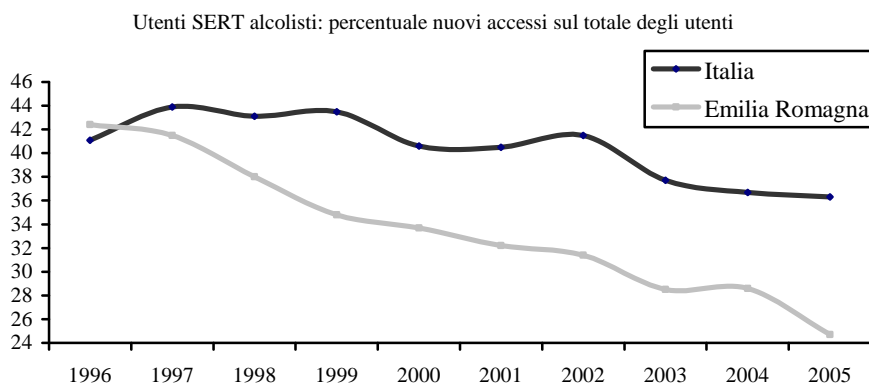
dei locali ³. L'indagine ha dimostrato inoltre come la conoscenza dei limiti di legge non sia associata al risultato sia positivo che negativo al test dell'etilometro e che meno di un soggetto su dieci conosce i modi per far scendere i valori di alcolemia. Un soggetto su tre era positivo al test dell'etilometro all'ingresso nel locale: chi è risultato positivo e deve successivamente guidare è maschio, ha un'età tra 20 e 24 anni o superiore a 34 e *“sapeva già di essere oltre il limite”*.

Il progetto, denominato “Quality member tour” è nato alla fine degli anni novanta con l'intento di coinvolgere i gestori dei locali nella progettazione di interventi rivolti al target giovanile e a partire dal 2001 viene realizzato ogni anno. La campagna di prevenzione coinvolge vari locali nella zona di Bologna con l'obiettivo di monitorare i comportamenti a rischio (guida di veicoli dopo aver bevuto alcolici) e valutare l'efficacia degli interventi di prevenzione attivati⁴. L'indagine ha inoltre rilevato come il costo degli alcolici non sia inferiore a quello dei superalcolici e come quello delle bevande analcoliche sia mediamente inferiore a quello degli alcolici solo del 10%. Tra chi ha effettuato il test dell'etilometro all'uscita dei locali il 38% era positivo. Si è inoltre evidenziata una quota rilevante di soggetti refrattari a qualsiasi tipo di intervento: sul totale degli intervistati il 3% era positivo all'uscita dal locale e poi guidava lo stesso.

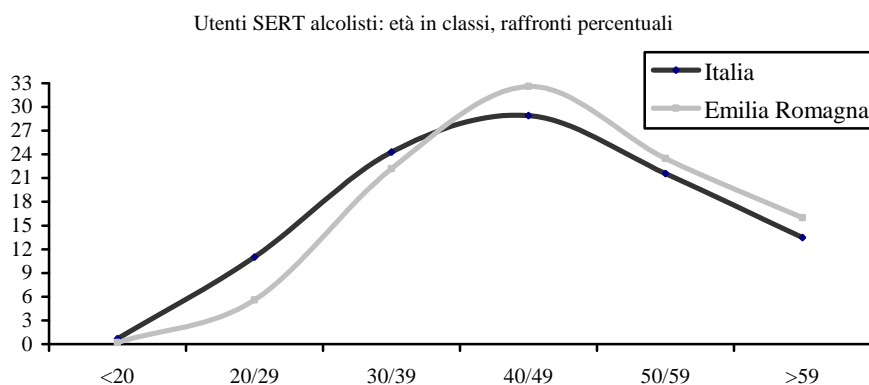
In Italia è in aumento il numero degli alcolisti che si rivolgono ai Ser.T., che raddoppiano negli ultimi 10 anni e raggiungono 56234 unità nel 2005. La crescita dell'utenza è in parte dovuta all'aumento della ritenzione in trattamento, che risulta più marcato nella regione Emilia-Romagna rispetto al dato nazionale. Aumenta anche il numero delle sedi territoriali, che passa da 280 nel 1996 a 412 nel 2005, con un numero medio di 136.5 utenti per sede, più basso in Emilia-Romagna. (115.7), indice di una maggiore “copertura” del territorio. In tale periodo sono aumentati di anno in anno sia i nuovi accessi, che i soggetti stabilmente in trattamento sia in Italia che in Emilia-Romagna, regione nella quale si registra un totale di 5089 utenti nel 2005, di cui 1255 nuovi. In calo invece la percentuale di nuovi utenti sul totale.

³ Anno 2005, 40 locali, 1945 soggetti contattati: 11073 water cards distribuite, 1274 test dell'etilometro all'ingresso dei locali, 687 all'uscita. Indagine a cura di Raimondo Maria Pavarin.

⁴ Durante le serate del tour è stato possibile avere informazioni sui rischi derivanti dal consumo di sostanze psicoattive, verificare il proprio tasso alcolico tramite etilometro in modo anonimo e gratuito all'ingresso ed all'uscita, rilassarsi negli info-point allestiti all'interno dei locali. È stata inoltre effettuata una prova pratica sull'uso del profilattico ed un test sulla conoscenza delle malattie sessualmente trasmesse.



La percentuale di femmine è in calo e si attesta al 22% a livello nazionale, mentre è in aumento in Emilia Romagna dove risulta superiore al 26%. Le femmine sono mediamente più anziane rispetto ai maschi, e gli utenti dei Ser.T. italiani sono mediamente più giovani rispetto a quelli della regione. A livello nazionale l'età media è di 44.5 anni e risulta in calo tra i maschi e tra le femmine nuove utenti. A livello regionale l'età media è di 46.7 anni e risulta più elevata tra i nuovi utenti per le femmine rispetto ai maschi. Analizzando il grafico si nota chiaramente come l'utenza emiliano romagnola sia composta da soggetti mediamente più anziani rispetto al dato nazionale, in particolare soggetti con più di 40 anni.



È in diminuzione la quota di utenti Ser.T. ricoverati in ospedali pubblici e in aumento nelle strutture private, con percentuali di ricovero complessive del 4.3% per sindrome da dipendenza da alcol e del 2% per altre patologie alcol correlate. Per quanto riguarda i trattamenti effettuati dai servizi, prevalgono quelli di tipo medico farmacologico, counselling e socio riabilitativi. Nella regione E.R. rispetto alla media nazionale vengono effettuati più trattamenti medico farmacologici, socio riabilitativi e inserimenti in comunità. Per quanto

riguarda la bevanda di abuso prevalente tra gli utenti Ser.T., a livello nazionale sia tra i maschi che tra le femmine è in calo il vino e sono in aumento superalcolici e birra.

Nel corso del 2004 in Italia sono state effettuate dagli ospedali pubblici e privati 107988 dimissioni per diagnosi totalmente attribuibili all'alcol, 22% femmine, con un tasso complessivo di 165.5 per 100 mila abitanti, in diminuzione rispetto al 2000. I tassi di ricovero aumentano con l'età per i maschi, mentre per le femmine aumentano sino ai 55 anni per poi diminuire. Rispetto al 2002 sono in calo i ricoveri tra i maschi con più di 55 anni.

Per quanto riguarda la regione Emilia-Romagna, rispetto alla media nazionale i tassi di ricovero risultano più bassi per soggetti con meno di 14 anni e con età superiore a 55 anni. Il tasso complessivo è di 179.5 per 100 mila residenti e risulta in leggero calo rispetto al 2000 e più elevato rispetto al dato nazionale. La differenza rimane però influenzata dalle modalità di calcolo, che non tengono conto della distribuzione per età e per sesso della popolazione residente. Per quanto riguarda le singole diagnosi, una su tre era per sindrome di dipendenza da alcol o per cirrosi epatica alcolica, il 9.2% per steatosi epatica alcolica, il 9.6% per abuso di alcol, il 6.3% per danno epatico da alcol non specificato, il 5.1% per sindromi psicotiche indotte da alcol, il 4.2% per epatite alcolica acuta, il 2.5% per polineuropatia alcolica, lo 0.8% per gastrite alcolica, lo 0.6% per cardiomiopatia alcolica, lo 0.3% per effetti tossici dell'alcol. Rispetto al 2000 è in aumento la percentuale di ricoveri per cirrosi epatica alcolica e in diminuzione per le rimanenti altre cause.

Mentre il dato complessivo riflette anche la distribuzione delle diagnosi tra i maschi, le percentuali più rilevanti tra le femmine riguardano effetti tossici dell'alcol (29.9%) e gastrite alcolica (31.4%), quelle più basse cardiomiopatia alcolica (12%) e epatite acuta alcolica (17.2%). Relativamente alla diagnosi principale, fatto uguale a 100 il numero dei ricoveri per causa, la percentuale di ricoveri aumenta con l'età per cirrosi epatica alcolica e steatosi epatica alcolica e diminuisce dopo i 55 anni per sindrome di dipendenza da alcol e per abuso di alcol. Da rilevare che sino ai 35 anni di età l'abuso è la prima causa di ricovero.

Possiamo riassumere in modo schematico quanto emerso dall'analisi dei dati delle principali ricerche italiane, dell'utenza dei Ser.T. e dell'andamento dei ricoveri ospedalieri alcol correlati in quattro punti:

1. *Prevalenza e caratteristiche dei consumatori* - Aumentano i consumatori di alcol, la prevalenza nella popolazione generale è in aumento sino ai 54 anni di età per poi calare.

Il rischio di decesso è elevato sia per i maschi che per le femmine, la prevalenza di ricoveri ospedalieri per problematiche alcol correlate è in calo dal 2000, soprattutto tra i maschi con più di 55 anni, mentre risulta in aumento per cirrosi epatica alcolica.

Aumenta il numero di utenti Ser.T., cala la percentuale di nuovi utenti. Le femmine sono mediamente più anziane dei maschi e la loro percentuale è in calo. Nei Ser.T. prevalgono i trattamenti medico farmacologici

2. *Area del consumo non moderato* - Alta diffusione di consumo non moderato, in aumento con l'età, più elevato per maschi ed anziani. La prevalenza di ricoveri alcol correlati aumenta con l'età per i maschi, aumenta sino ai 55 anni per poi diminuire per le femmine. Aumentano con l'età per cirrosi organica alcolica, diminuiscono dopo i 55 anni per abuso e dipendenza. Tra gli utenti Ser.T. l'età media risulta in calo tra i maschi e tra le femmine nuove utenti
3. *Diffusione di comportamenti pericolosi* - Sono molto diffusi, in larga parte tra i più giovani, ma si evidenziano anche nelle altre fasce di età, comportamenti altamente pericolosi come bere alcolici e poi guidare, assumere nel corso della stessa serata alcol e stupefacenti. Sino ai 35 anni di età l'abuso di alcol senza dipendenza è la prima causa di ricovero ospedaliero
4. *Modificazioni degli stili del bere* - Tra i minorenni prevale il consumo di birra, tra i giovani di 18-24 anni prevale il consumo di aperitivi e superalcolici. Si registra una elevata prevalenza di positività al test CAGE tra i giovani. In aumento il bere fuori dai pasti, ubriacarsi e il binge drinking. Si nota un aumento della tendenza delle giovani donne a consumi elevati di alcolici fuori dai pasti.

1.2 La mortalità alcol correlata

In letteratura molti studi e ricerche hanno documentato la relazione tra uso di alcol e rischio di decesso utilizzando vari tipi di stime, ma è difficile collegare la quota di decessi alcol correlati ai consumi di determinate popolazioni o territori.

I primi studi italiani hanno osservato l'andamento della mortalità analizzando i tassi di decesso di alcune cause specifiche. Nel 1986 La Vecchia, [La Vecchia et al. 1986] utilizzando i dati ISTAT, riporta l'andamento dei tassi di mortalità nei due sessi per tumore alla bocca o faringe, tumore alla laringe, tumore all'esofago, tumore al fegato e cirrosi: dal 1955 al 1979 aumentano tutti i tassi di decesso e si rileva una mortalità più accentuata nelle regioni del Nord Est, dove il consumo di alcol è più elevato. Le quattro cause di tumore osservate rappresentano il 12% dei decessi per tumore tra i maschi e il 5% tra le femmine, la sola mortalità per cirrosi il 4.8% di tutti i decessi tra i maschi ed il 2.3% tra le femmine.

Considerando la frazione di mortalità alcol attribuibile, nel periodo 1980/1990 la mortalità alcol correlata in Italia è diminuita di circa il 17% in entrambi i sessi (da 51.3 per 100 mila abitanti a 42.4 tra i maschi, da 18.1 per 100 mila a 15.2 tra le femmine), in accordo col decremento dei consumi alcolici e dei tassi di mortalità per cirrosi [Cipriani et al. 1998]. La lista delle cause di decesso considerate "alcol correlate" è stata individuata sulle base delle revisioni della letteratura medica internazionale, con particolare attenzione ai

documenti specifici prodotti dal Center for Disease Control (CDC) negli USA. Le relative frazioni di decessi attribuibili sono tratte da quelle pubblicate come tali in studi epidemiologici nazionali e internazionali oltre a quelle proposte dal Comité National de Defense Contre l'Alcolisme (CNDCA) in Francia [Comité National de Defense Contre l'Alcolisme. 1984]. Nel 1990 i decessi alcol correlati rappresentano il 4.6% della mortalità dei maschi ed il 2% delle femmine. Ciascun decesso rappresenta in media 12.5 anni di vita persi tra i maschi e 7.5 tra le femmine. Nelle regioni del Centro i tassi sono più bassi rispetto alla media nazionale e si ipotizza un ruolo di fattori diversi dall'alcol e dai virus epatici (dieta, tipo di bevande alcoliche, modalità del loro consumo, fattori genetici) nella limitazione del rischio di morte.

La relazione tra speranza di vita e consumo di alcol si conferma come non-lineare e tra i maschi di età compresa tra 45 e 64 anni viene riportata una sopravvivenza maggiore per chi ha un consumo medio giornaliero di vino (5 bicchieri al giorno) [Farchi et al. 2000]. Sono i risultati di uno studio di coorte con un follow-up a 30 anni (1965-1995) su 1536 maschi residenti in due piccoli comuni rurali di Umbria ed Emilia. Tenendo conto anche degli "stili di vita", si nota una relazione col fumo di tabacco (i fumatori hanno un maggiore rischio di decesso) e con l'attività fisica intensa (correlata ad una più lunga sopravvivenza).

Considerando il consumo medio pro capite di alcol, la prevalenza di bevitori per ogni dose, le cause di morte associate ed i risultati degli studi epidemiologici specifici, si stimano circa 42 mila decessi attribuibili all'alcol nel 1993 (l'8% del totale), in diminuzione rispetto ai 68 mila nel 1983 (12% sul totale) [Corrao et al. 2002]. Da rilevare che oltre la metà dei decessi attribuibili all'alcol sono imputati a consumi bassi o medi.

Utilizzando lo stesso metodo per calcolare la Mortalità Alcol Correlata (MAC), Antonella Zambon riporta che nel 1993 l'11.3% dei decessi tra i maschi e il 4.6% tra le femmine sono attribuibili all'alcol [Zambon et al. 2007]. Il rischio di decesso associato al consumo di dosi di alcol considerate innocue è risultato significativamente superiore a quello associato alla condizione di astemio: anche se il rischio aumenta all'aumentare del consumo e la forte riduzione dei decessi ha riguardato prevalentemente elevati consumi, qualsiasi dose di alcol è potenzialmente causa di malattia. Gli interventi preventivi mirati ai soli gruppi a rischio sembrano destinati ad avere un impatto sulla salute pubblica di gran lunga inferiore rispetto a strategie che considerano come target l'intera popolazione, infatti la parte sommersa dei problemi alcol correlati (quella attribuibile a consumi moderati) ha una dimensione molto elevata e genera un numero cospicuo di casi [Kreitman 1986].

In Emilia-Romagna la stima della mortalità alcol correlata fornisce cifre meno elevate rispetto alla media nazionale, in diminuzione a partire dal 1980. Tale calo è evidente sia nei maschi (tasso di decesso 43.7 per 100 mila abitanti nel 1980, 36.5 nel 1990) che nelle femmine (tasso di decesso 15.2 per 100 mila abitanti nel 1980, 13.8 nel 1990) con una media di 11.2 anni di vita persi per decesso [Cipriani et al. 1996]. Su questo dato ha influito la diminuzione del numero stimato di bevitori di alcolici (maschi da 84.8% nel 1985 a 83.2% nel

1994; femmine da 59.5% nel 1985 a 54.9% nel 1994), più marcata tra i “grandi bevitori” [Commissione mista del Gruppo Epidemiologico della Società Italiana di Alcolologia 1999].

Nella città di Bologna è stata effettuata una stima della mortalità alcol correlata sull’archivio dei decessi di soggetti residenti da almeno 5 anni utilizzando la formula consigliata dal CDC [Pavarin et al. B 1998]. Il numero assoluto dei decessi alcol correlati si mantiene costante nel periodo e passa da 276 nel 1990 a 227 nel 1997. La percentuale sul totale dei decessi è del 4.8% nell’intero periodo ed è in trend discendente: 5.1% nel 1988, 4.3% nel 1997. Per i soli maschi la percentuale nell’intero periodo è del 5.6% e cala dal 6% nel 1988 al 4.7% nel 1997, per le femmine è complessivamente del 4.1% e cala dal 4.1% nel 1988 al 3.9% nel 1997. I raffronti possibili con i dati a livello regionale e nazionale riguardano l’anno 1992 e registrano il 6.3% dei decessi alcol correlati sul totale nel territorio nazionale, il 4.8% in Emilia Romagna, il 4.7% a Bologna, con trend discendente rispetto al 1982 in linea con la diminuzione del consumo di bevande alcoliche.

Nell’ambito di una valutazione complessiva dell’impatto delle dipendenze da sostanze psicoattive in Emilia-Romagna [Pavarin B 2008; Pavarin C 2008; Pavarin 2009], lo studio presentato nel paragrafo successivo intende contribuire all’aumento delle informazioni sul rischio di morte per gli alcolisti in trattamento presso strutture del SSN. Su questa popolazione in Italia è stato pubblicato un solo lavoro relativo al periodo 1979/1997 riguardante la città di Arezzo dove viene riportato un eccesso di mortalità elevato (SMR maschi 2.6, SMR femmine 2.4) rispetto alla popolazione residente. In entrambi i sessi è stato trovato un elevato rischio di decesso per cirrosi epatica, tumore del fegato e dell’esofago; per i soli maschi per tutti i tumori, tumore del cavo orale e dell’apparato respiratorio, cause violente raggruppate, incidenti stradali e suicidi [Cipriani et al. 2001]. Risultato originale è l’assenza di rischio per le malattie cardiovascolari. Questo per gli autori potrebbe essere dovuto ad una riduzione delle quantità di alcol ingerite o alla completa astensione in seguito all’ingresso in trattamento, oppure vi potrebbe essere un effetto specifico del tipo di bevande utilizzate e delle modalità di assunzione. L’eccesso di mortalità nella coorte è simile a quello riscontrato in altri contesti internazionali, ma la distribuzione del rischio per le singole cause di morte è diversa. È proporzionalmente minore, infatti, l’impatto delle cause violente rispetto a quello di condizioni a lenta e progressiva evoluzione, come la cirrosi epatica ed i tumori, e per gli autori questo è in accordo con i modelli culturali del bere mediterraneo.

Tipo di studio	Risultati	Valutazioni
Italia 1955/1979 - Analisi tassi decesso per cause specifiche	Aumento tassi decesso, mortalità più elevata nel Nord EST	L'incremento di mortalità alcol attribuibile è secondo solo a quella attribuita al tabacco
Italia 1980/1990 - Frazione di mortalità alcol attribuibile	Diminuzione tassi mortalità, Mortalità meno elevata regioni del Centro	Altri fattori possono limitare il rischio di danni organici indotti dall'alcol
Studio di coorte 1965/1995 - 1536 maschi età 45/65 residenti in 2 paesi rurali	Sopravvivenza maggiore per chi ha un consumo giornaliero di vino medio alto	Sulla sopravvivenza incidono gli stili di vita (astinenza da fumo di tabacco, attività fisica intensa)
Studio di coorte 1979/1997 - 1037 alcolisti, 9190 PY Ser.T. di Arezzo	Elevato rischio di decesso per cirrosi epatica, tumore del fegato e dell'esofago; per i soli maschi per tutti i tumori, tumore del cavo orale e dell'apparato respiratorio, cause violente, incidenti stradali e suicidi, eccesso di mortalità per i fumatori, assenza di rischio per le malattie cardiovascolari	Questo per gli autori potrebbe essere dovuto ad una riduzione delle quantità ingerite o alla completa astensione in seguito al trattamento, oppure vi potrebbe essere un effetto specifico del tipo di bevande e delle modalità di assunzione. L'eccesso di mortalità nella coorte è simile a quello riscontrato in altri contesti internazionali, ma la distribuzione del rischio per le singole cause di morte è diversa. È proporzionalmente minore, infatti, l'impatto delle cause violente rispetto a quello di condizioni a lenta e progressiva evoluzione, come la cirrosi epatica ed i tumori, e per gli autori questo è in accordo con i modelli culturali del bere mediterraneo
Italia 1983/1996 - stima della MAC utilizzando stima del consumo medio pro capite di alcol, stima prevalenza bevitori per ogni dose e cause di morte associate	Riduzione MAC dal 12% dei decessi del 1983 all'8% del 1996	Nonostante l'effetto protettivo per il cuore, il consumo di alcol è il maggior problema di salute in Italia. Oltre la metà dei decessi attribuibili all'alcol sono dovuti a consumi bassi o medi
Italia 1970/1993 - stima della MAC utilizzando stima del consumo medio pro capite di alcol, stima prevalenza bevitori per ogni dose e cause di morte associate	Diminuzione dei consumi del 43%. Forte declino prevalenza forti bevitori. Nel 1993 l'11.3% decessi tra i maschi e il 4.6% tra le femmine sono attribuibili all'alcol. Il rischio di decesso associato al consumo di dosi di alcol considerate innocue è risultato superiore a quello associato alla condizione di astemio.	Interventi preventivi mirati ai soli gruppi a rischio sono destinati ad avere un impatto sulla salute pubblica di gran lunga inferiori rispetto a strategie preventive che considerano come target l'intera popolazione.

1.3 Uno studio di mortalità su una coorte di alcolisti a Bologna

I soggetti arruolati sono alcolisti con almeno un trattamento terapeutico presso un Ser.T. dell'area metropolitana di Bologna nel periodo tra il 01/01/1988 e il 31/12/2004. I criteri di inclusione comprendevano: essere residenti nella Provincia di Bologna al momento della presa in carico e avere i dati anagrafici confermati dall'anagrafe comunale.

Lo stato in vita è stato accertato dal 01/01/1978 al 31 dicembre 2004 presso i comuni di ultima residenza. La causa di morte è stata accertata presso gli archivi di mortalità dei servizi di igiene pubblica delle Aziende Usl di residenza alla data di morte con utilizzo dei codici ICD-IX (Classificazione Internazionale delle Malattie e delle Cause di Morte, IX revisione). I soggetti persi al follow-up hanno contribuito al calcolo degli anni persona sino alla data dell'ultimo trasferimento di residenza noto. La ricerca di informazioni è terminata il 28 febbraio 2006.

Per valutare l'andamento temporale della mortalità nel periodo in studio sono stati calcolati i Tassi Standardizzati Diretti ed i relativi Intervalli di Confidenza al 95% (Standard: Italia 1991, due sessi combinati) per sesso sull'intero periodo di follow-up.

Per i soggetti deceduti sono stati calcolati gli anni di vita potenziali persi alcol-correlati (Years Potential Life Lost – YPLL), fino a 70 anni per sesso.

Per confrontare la mortalità dei tossicodipendenti con quella della popolazione generale sono stati calcolati i Rapporti Standardizzati di Mortalità (SMR) ed i relativi intervalli di confidenza esatti al 95% specifici per causa e sesso, utilizzando come standard i corrispondenti tassi specifici di mortalità della popolazione della provincia di Bologna. Gli SMR aggiustati per età e per periodo di calendario sono stati calcolati per la mortalità generale e per tutte le cause specifiche rappresentate.

Il tasso cumulativo di mortalità è stato calcolato col metodo di Nelson-Aalen [Clayton et al. 1993] rispettivamente nei maschi e nelle femmine; l'asse temporale utilizzato è l'età cronologica. In tale modo il confronto delle curve di mortalità è aggiustato per età, in analogia alle analisi precedenti di confronto esterno con la provincia di Bologna.

Le variabili utilizzate nell'analisi interna sono riferite alla prima presa in carico e sono quelle disponibili negli archivi dei Ser.T. e derivanti dalle cartelle socio-sanitarie informatizzate: data di ingresso in coorte, data di nascita, sesso, titolo di studio, condizione lavorativa, situazione abitativa, stato civile, data ultimo contatto col Ser.T., positività epatite C. Le sostanze secondarie di abuso (cocaina, cannabinoidi) sono state rilevate anche in epoche successive e riguardano l'uso concomitante all'alcol. Per valutare l'associazione tra alcune variabili socio demografiche ed il rischio di mortalità generale è stata effettuata una analisi multivariata utilizzando il modello dei rischi proporzionali di Cox. Le assunzioni di proporzionalità necessarie all'applicazione del modello sono state verificate per ciascuna variabile valutando l'andamento relativo delle curve ottenute dai grafici del $\log[-\log S(t)]$ verso il tempo t .

Per quanto riguarda la qualità del dato, la situazione relativa all'epatite C era conosciuta per il 32.5% dei soggetti, condizione occupazionale 93%, titolo di studio 92.4%, stato civile 95.41%, situazione abitativa 96.1%.

Per valutare la mortalità in relazione al periodo di primo ingresso al Ser.T. sono stati definiti tre strati temporali: prima del 1996, 1996/2000 (attivazione servizi di alcologia), 2001/2004 (fase attuale). Per l'analisi dei dati è stato utilizzato il programma statistico STATA 8.0.

Risultati - La coorte è costituita da 1237 alcolisti, 75% maschi, con età media alla presa in carico di 50.2 anni. Il follow-up è arrivato al 31/12/2004 o alla data di morte per il 99.43% dei soggetti.

Il primo soggetto è entrato nello studio nel 1988, il primo decesso si verifica nel 1993. Al termine del follow-up il 64.2% dei soggetti aveva un programma terapeutico in corso al Ser.T., il 17.5% aveva precedentemente completato il trattamento, il 10.8% aveva precedentemente abbandonato o era stato arrestato. La durata media del follow-up è di 3.9 anni, il tempo medio trascorso dal primo all'ultimo contatto col Ser.T. è di 2.1 anni. L'età media all'ingresso in trattamento è di 50.2 anni, leggermente più bassa per le femmine e risulta in diminuzione nel tempo (54.6 prima del 1996, 50.9 nel periodo 1996/2000, 49.1 nel periodo 2001/2004).

Le femmine sono il 25%, un soggetto su cinque ha il diploma di scuola media superiore, il 42% è coniugato, il 40% ha un lavoro regolare, il 2.4% usa anche cannabis, il 2.2% anche cocaina. I soggetti positivi all'epatite C sono il 3.2% sul totale, ma solo un soggetto su tre ha fatto il test.

Si evidenzia l'aumento nel tempo della quota di femmine e di soggetti con scolarità medio alta, con uso anche di cocaina, con situazione abitativa problematica, con lavoro regolare e la diminuzione dei positivi all'epatite C. La percentuale di soggetti con abuso concomitante di cannabis aumenta dal 1990 al 2000, per poi calare.

Mortalità proporzionale - Durante il periodo di follow-up sono state osservate 121 morti, delle quali 104 nella popolazione maschile (età media al decesso 56.9) e 17 in quella femminile (età media al decesso 53.8). Il 59% dei decessi si è verificato nel periodo 2001/2004, il 24% nell'anno 2004.

Gli YPLL sono complessivamente 1406 tra i maschi (media di 13.5 per decesso) e 278 tra le femmine (media 16.4).

Sul totale le malattie dell'apparato digerente rappresentano il 24% dei decessi, le malattie del sistema circolatorio il 24%, tutti i tumori il 23.1%, le cause violente il 13.2%, le malattie dell'apparato respiratorio il 7.4%.

Si segnalano alcune cause specifiche: la cirrosi rappresenta il 21.5% dei decessi, i tumori maligni ai polmoni il 6.6%, l'infarto miocardio acuto il 5.8%, la bronchite cronica il 5.8%, l'arteriosclerosi coronaria il 5%, gli incidenti stradali il 5%, i tumori maligni all'apparato digerente il 4.1%, il diabete mellito il 4.1%, le miocardiopatie il 3.3%, il tumore maligno della faringe il 2.5%, i suicidi il 2.5%.

Mentre tra i maschi la prima causa di decesso sono tumori e malattie del sistema circolatorio seguiti nell'ordine da malattie dell'apparato digerente e dalla cause violente, tra le femmine troviamo le malattie dell'apparato digerente

seguite dalle cause violente e dalle malattie del sistema circolatorio. Mentre non sono stati rilevati decessi per omicidio, in entrambi i sessi la causa specifica più diffusa è la cirrosi.

Decessi osservati, mortalità proporzionale e SMR per sesso

DESCRIZIONE	ICD IX	Maschi	SMR	Femmine	SMR
TUTTE LE CAUSE	000_999	104	4.90	17	5.34
Epatite virale	70			1	
Tutti i tumori	140_239	26	2.80	2	1.13
T. maligni labbra, cavità orale e faringe	140_149	7			
T. maligno della faringe	149	3	75.33		
T. maligni dell'apparato digerente	150_159	3		2	
T. maligno del fegato-primario	155	2			
T. maligni apparato respiratorio/organi intratoracici	160_165	10			
T. maligni polmoni	162	8	2.78		
T. maligni degli organi genitourinari	179_189	2			
T. maligni di altre e non specificate sedi	190_199	3			
T. maligni tessuti linfatico ematopoietico	200_208	1			
Diabete mellito senza complicazioni	250	5	11.66		
Stati psicotici organici senili e presenili	290	1			
Malattie sistema circolatorio	390_459	26	4.20	3	4.63
Malattia ipertensiva	401_405	2			
Infarto miocardico acuto	410	6	2.89	1	
Altre forme ischemia	414	5	4.95	1	
Altre malattie del cuore	420_429	5		1	
Miocardipatie	425	4	23.23		
Emorragia cerebrale	431	2			
Disturbi cerebrali acuti mal definiti	436	4	10.00		
Malattie delle arterie, arteriose e capillari	440_448	2			
Malattie apparato respiratorio	460_519	7	8.57	2	21.72
Bronchite cronica	491	6	21.52	1	
Malattie apparato digerente	520_579	24	21.52	5	39.39
Cirrosi	571	21	32.16	5	65.14
Emorragia gastrointestinale non spec.	578.9	2			
Malattie dell'apparato genitourinario	580_629	1			
Cause sconosciute e mal definite	799.9	1		1	
Traumatismi e avvelenamenti	800_999	13	7.01	3	17.43
Incidenti stradali	E810_819	5	6.67	1	
Cadute accidentali	E880_888	1		1	
Accidenti causati da sommersione, soffocazione, corpi estranei	E910_915	2		1	
Suicidio	E950_959	3	5.34		

Tassi standardizzati e analisi degli andamenti temporali – Il tasso standardizzato di mortalità è di 17.41 per mille anni persona, più elevato nei maschi (19.22 per mille) rispetto alle femmine (11.18 per mille). La causa di morte più rilevante per l'insieme del periodo sono le malattie del sistema circolatorio (4.07 per mille), seguite dalle malattie dell'apparato digerente (3.97 per mille) e dai tumori (3.91 per mille).

Il tasso di mortalità per le cause violente è di 2.19 per mille, più alto tra i maschi (2.27 per mille) rispetto alle femmine (2.04 per mille). Per quanto riguarda le cause specifiche, il tasso di mortalità per incidenti stradali è di 0.77 per mille, il tasso di mortalità per suicidio è di 0.36 per mille.

Il tasso di mortalità generale è in calo nel 1996/2000 (17 per mille) rispetto al periodo precedente (47.15 per mille), soprattutto per il consistente calo della mortalità per tutti i tumori, e rimane stabile dopo il 2000 (17.1 per mille). Mentre le malattie del sistema circolatorio sono in calo a partire dal 1996 (<1996 10.85 per mille, 1996/2000 6.50 per mille, 2001/2004 4.19 per mille), tutti i tumori (<1996 24.17 per mille, 1996/2000 1.46 per mille, 2001/2004 4.37 per mille), e le malattie dell'apparato digerente (<1996 8.97 per mille, 1996/2000 3.65 per mille, 2001/2004 3.76 per mille), diminuiscono nel periodo sino al 2000 per poi aumentare. Da rilevare che nel periodo precedente al 1996 e dopo il 2000 i tumori sono la prima causa di morte.

SMR - Si conferma l'eccesso di mortalità per tutte le cause della coorte rispetto alla popolazione generale, più elevato rispetto a quanto rilevato in altri studi [Cipriani et al. 2001], e maggiore nelle femmine. Per quanto riguarda i gruppi diagnostici, in entrambi i sessi si rilevano SMR elevati e statisticamente significativi al 95% per le malattie del sistema circolatorio, malattie dell'apparato respiratorio, malattie dell'apparato digerente e per le cause violente; per i soli maschi anche per tutti i tumori.

Per quanto riguarda le singole cause, gli SMR più elevati e statisticamente significativi si rilevano tra i maschi per tumore maligno della faringe, tumore maligno dei polmoni, diabete mellito, infarto miocardico acuto, altre forme di ischemia, miocardiopatie, disturbi cerebrali mal definiti, bronchite cronica, cirrosi, incidenti stradali e suicidi; cirrosi tra le femmine.

Analisi per periodo di ingresso al Ser.T. - Il tasso di decesso per periodo di ingresso risulta più elevato per i soggetti entrati al Ser.T. prima del 1996 per poi decrescere nei periodi successivi, questo vale per la mortalità generale e per le cause violente (<1996 4.47 per mille, 1996/2000 3.74, 2001/2004 1.48), mentre il calo nell'ultimo periodo risulta meno accentuato per tutti i tumori (7.15 per mille prima del 1996, 5.40 nel 1996/2000, 5.17 nel 2001/2004), malattie del sistema circolatorio (8.04 per mille prima del 1996, 5.82 nel 1996/2000, 4.43 nel 2001/2004) e malattie dell'apparato digerente (8.04 per mille prima del 1996, 5.40 nel 1996/2000, 5.17 nel 2001/2004).

La durata del contatto col Ser.T. – Il tasso di mortalità aumenta per periodi di contatto col Ser.T. superiori a 1 anno per poi diminuire all'aumento della durata, soprattutto per effetto della mortalità per cirrosi, ma rimandiamo all'analisi di regressione dove si tiene conto dell'età e del tempo di follow-up.

I soggetti morti "in carico" sono 66 ed il tasso corrispondente è del 28.2 per

mille, di questi 17 sono deceduti per malattie dell'apparato digerente (7.3 per mille), 13 per tumore (5.5 per mille), 10 per traumatismi ed avvelenamenti (4.3 per mille). Si segnalano 15 decessi per cirrosi (6.4 per mille), 4 per tumore ai polmoni (1.7 per mille), 3 per incidenti stradali (1.3 per mille) e 3 per suicidio (1.3 per mille). Per quanto riguarda l'esito dell'ultimo contatto col Ser.T., il tasso risulta più elevato per i soggetti che hanno abbandonato rispetto ai soggetti che erano stati dimessi

Analisi multivariata. Rischi relativi di mortalità, intervalli di confidenza al 95%, decessi osservati, anni persona e tassi per le variabili inserite nel modello di Cox

		RR	IC 95%	Decessi	Anni persona	Tassi
Sesso	Femmine	1		17	1084	15.68
	Maschi	1.10	0.64-1.90	104	3796	27.40
Periodo calendario	< 1996	1		9	208	43.28
	1996/2000	3.50	1.21-10.15	29	1414	20.51
	2001/2004	12.70	3.86-41.81	83	3258	25.47
1° accesso Ser.T.	< 1996	1		37	1119	33.06
	1996/2000	0.13	0.06-0.25	56	2407	23.27
	2001/2004	0.01	0.0-0.02	28	1355	20.67
Età all'ingresso	<50	1		34	2585	13.15
	>=50	0.52	0.17-1.62	87	2296	37.90
Durata contatto	< 1 anno	1		46	1369	33.61
	1/2 anni	0.88	0.53-1.47	54	1920	28.13
	3/5 anni	0.54	0.26-1.12	17	1261	13.49
	> 5 anni	1.52	0.44-5.31	4	332	12.07
Esito ultimo	In corso	1		66	2344	28.16
Programma	Completato	0.47	0.24-0.93	13	1138	11.43
	Abbandono	1.03	0.54-1.97	19	655	29.0
	Altro	1.20	0.58-2.49	23	744	30.92

Analisi multivariata - Per valutare il rischio di decesso in relazione al rapporto col Ser.T., è stata effettuata una analisi multivariata utilizzando il modello dei rischi proporzionali di Cox. Le variabili utilizzate erano durata del follow-up, sesso, periodo di calendario e, relativamente al rapporto col Ser.T., periodo ed età di primo accesso, durata del contatto, esito ultimo programma.

Si evidenzia un rischio di decesso statisticamente significativo in aumento dopo il 1996, più elevato per i soggetti presi in carico prima di tale periodo. Tale rischio risulta più basso per chi aveva completato il programma terapeutico, ma non si nota una relazione con età di primo accesso e durata del contatto col Ser.T.

Profili a rischio - L'analisi univariata evidenzia un rischio di decesso statisticamente significativo più elevato per i maschi (RR 1.70 IC 1.02-2.85), per i positivi all'epatite C (RR 2.71 IC 1.09-6.76), per chi era vedovo o separato o divorziato rispetto ai celibi (RR 2.87 IC 1.71-4.79), senza lavoro (RR 2.45 IC 1.40-4.30) e in aumento con l'età all'ingresso al Ser.T. (≤ 40 anni RR 1, 40/49 RR 3.82, 50/59 RR 5.84, ≥ 60 RR 9.72).

Per valutare l'effetto delle diverse variabili è stato necessario restringere l'analisi multivariata ai soggetti con meno di 60 anni, in modo da non risentire di eventuali distorsioni dovute ai dati mancanti. Infatti i tassi di mortalità per la condizione di almeno un dato mancante nelle variabili considerate sono risultati più elevati (28.97 per mille) rispetto a quelli calcolati sulla sottocoorte con dati completi (15.36 per mille). Tale differenza era significativa per i soggetti con primo accesso al Ser.T. in età superiore a 60 anni e scompariva per età inferiori. Pertanto abbiamo eseguito le analisi solo per i soggetti con meno di 60 anni al primo contatto (322 soggetti, 18 decessi, 1246 anni persona).

L'analisi multivariata evidenzia un rischio di decesso più elevato per i maschi, per i positivi all'epatite C, per i soggetti scolarità medio alta, per chi non lavorava rispetto a chi aveva una occupazione stabile ed in aumento in relazione all'età di primo accesso al Ser.T., ma statisticamente significativo al 95% solo per chi era vedovo o separato o divorziato rispetto a chi era celibe o nubile (RR 3.73 IC 1.16-12.04).

Discussione - Dai risultati dello studio si evidenzia un rischio di mortalità generale elevato, più alto nelle femmine, e un eccesso rispetto alla popolazione generale di pari età e sesso di 4.9 volte per i maschi e 5.3 per le femmine. A tale proposito va considerato che nel rischio attribuito alla popolazione generale è compresa anche la mortalità dei consumatori di alcolici, in aumento in relazione alla quantità media di alcol utilizzata, ma elevata anche a bassi dosaggi.

La causa di morte più rilevante per l'insieme del periodo sono le malattie del sistema circolatorio, seguite dalle malattie dell'apparato digerente e dai tumori. Tra le singole cause la cirrosi rappresenta un quinto dei decessi, seguita da tumori maligni ai polmoni, all'apparato digerente e della faringe, infarto miocardico acuto, arteriosclerosi coronaria e miocardiopatie, diabete mellito, bronchite cronica, suicidi e incidenti stradali.

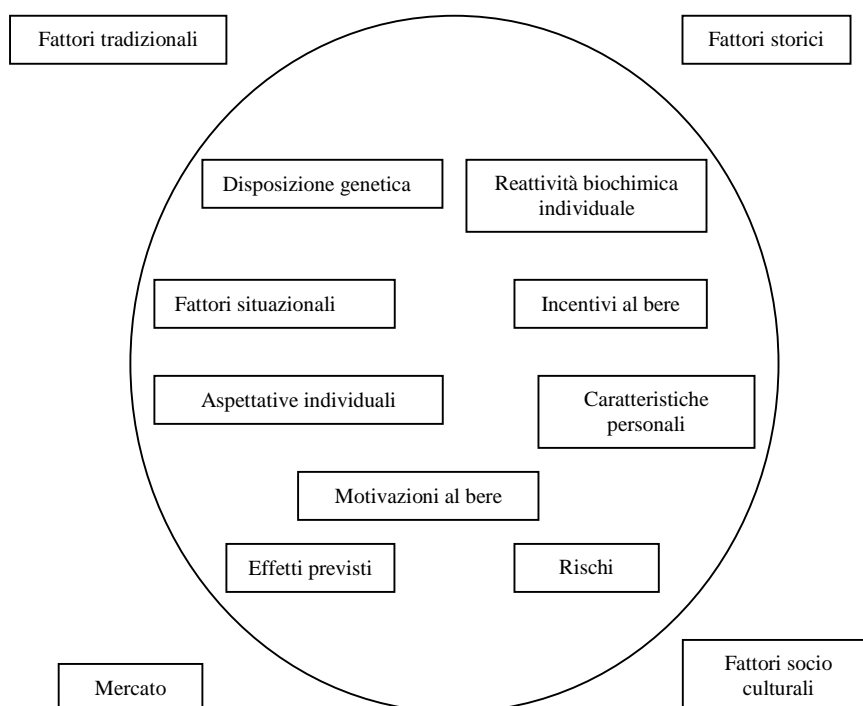
Diversamente da come segnalato da altri studi [Cipriani et al. 2001], oltre alle malattie dell'apparato respiratorio, malattie dell'apparato digerente e cause violente si rilevano anche malattie del sistema circolatorio.

In particolare tra i maschi troviamo eccessi per tumore maligno della faringe, tumore maligno dei polmoni, diabete mellito, infarto miocardio acuto, altre forme di ischemia, miocardiopatie, disturbi cerebrali mal definiti, bronchite cronica, cirrosi, incidenti stradali e suicidi; tra le femmine per cirrosi.

Mentre per alcuni autori le politiche di prevenzione risultano più efficaci se mirate sulla popolazione generale [Zambon et al. 2007], in quanto i casi da questa generati sono più numerosi rispetto ad altri gruppi a rischio, nel nostro studio abbiamo trovato un rischio elevato specifico per gli alcolisti, in aumento dopo il 1996, più basso per i soggetti presi in carico dopo tale periodo e per chi aveva completato il programma terapeutico al Ser.T.

1.4 Motivi del bere e problematiche associate

La maggior parte delle persone beve alcolici per migliorare la propria socialità, sia per usi di tipo positivo che per conformismo, in situazioni di gruppo, occasioni particolari, divertimento comunque inteso. Una parte più limitata beve per le emozioni provocate o addotte all'alcol, per il feeling con la sostanza. Solo una minoranza dichiara di bere per ridurre alcuni potenziali effetti considerati come "negativi". Tali motivazioni sono collegate a fattori storici, tradizionali, socio culturali, ambientali, individuali ed ai potenziali effetti attesi, cui si aggiunge il mercato, inteso come produzione, disponibilità, prezzi, iniziative promozionali e pubblicità [Kuntsche et al. 2005].



Per quanto riguarda i fattori tradizionali e socio culturali, va considerato quanto già detto nel capitolo precedente relativamente alla “cultura alcolica” di una popolazione come meccanismo di controllo dei comportamenti dei singoli ed agli approcci socio culturali che riassumono i diversi atteggiamenti individuali come risultante dell’influenza delle reti culturali di riferimento e collegati alle diverse funzioni sociali del bere [Skog 1985]. Vanno considerati anche aspetti strettamente individuali come la diversa reattività biochimica (che comprende reazioni individuali sia positive che negative), una eventuale disposizione genetica e alcune caratteristiche personali specifiche come impulsività, estroversione, ricerca di sensazioni e tendenza all’emulazione. Questi fattori sono le basi per le aspettative del singolo sia in termini di effetti “chimici”, come ad esempio il cambiamento d’umore, che di effetti non chimici, come festeggiare con amici o migliorare la qualità di un pasto [Kuntsche 2005]. Un discorso a parte merita il bere per “conformismo”, l’atteggiamento cioè di chi assume alcolici per adeguarsi ai comportamenti del gruppo per non esserne estromesso o per evitare particolari situazioni di emarginazione. Come osservato anche per altre sostanze, ad esempio il tabacco, molti soggetti usano gli alcolici per darsi un tono, per partecipare all’evento, per adeguarsi alla situazione, per intavolare una discussione.

Vi sono inoltre fattori correnti riconducibili alla qualità della vita del singolo soggetto, riassumibili nella quantità e qualità di incentivi positivi e negativi al bere ed a specifiche situazioni come la disponibilità della sostanza, la frequentazione di persone che assumono alcol o di luoghi in cui è facilmente reperibile. In questi casi le ricerche empiriche hanno dimostrato che i motivi del bere sono collegati più con le modalità d’uso che agli effetti prodotti. Sebbene tali motivi siano associati con il consumo in luoghi e situazioni differenti, essi da soli spiegano gran parte dell’uso di alcol in aggiunta a fattori contestuali come occasioni favorevoli, luoghi, giorni della settimana, numerosità del gruppo, tipo di relazioni, normativa locale e residenza.

Le femmine rispetto ai maschi consumano più per migliorare la socialità, per stare con gli altri e meno per abitudine; i soggetti più anziani e con maggiori disponibilità economiche per cultura o tradizione e per gestire gli effetti negativi di un consumo problematico, i giovani ed i soggetti con reddito meno elevato per provare e per divertirsi. Chi continua l’uso nel tempo beve sia per il proprio piacere e per l’effetto rilassante, ma anche per ancoraggi culturali e per tradizione; per chi ha smesso l’uso dell’alcol era collegato all’alimentazione e motivato sia dalla curiosità e dalla voglia di provare che per divertirsi [Pavarin A 2008].

Nella letteratura scientifica il concetto dei “motivi del bere” si basa sulla assunzione che le persone consumano alcolici allo scopo di raggiungere risultati predefiniti. Viene assunto inoltre che il bere è motivato da differenti bisogni e risponde a differenti funzioni e che le singole motivazioni sono associate a determinati modelli di consumo ed a specifiche conseguenze: tali motivi o

ragioni rappresentano un reticolo di decisioni soggettive basate su esperienze, contesti ed aspettative. Il modello motivazionale proposto negli anni '80 da Cox e Klinger mette in evidenza che l'uso di alcol ed altre sostanze psicoattive deve essere visto nel contesto degli "incentivi" nella vita delle persone e prende in considerazione una varietà di fattori, inclusi aspetti biologici, psicologici, ambientali e culturali. Ognuno di questi contribuisce a cosa uno si aspetta quando usa o non usa certe sostanze determinando così dei cambiamenti nei loro effetti [Cox et al. 1988]. Il bilanciamento degli aspetti positivi e delle conseguenze negative traccia la via, il punto precedente nella catena causale, che determina il consumo. Sono decisioni che non vengono prese in modo separato da altri aspetti della vita quotidiana e sono influenzate dalle soddisfazioni emotive che da ciò derivano. Ad esempio è molto probabile che una persona incapace di trovare soddisfazione da altri stimoli positivi possa tornare ad utilizzare alcol come un modo per provare piacere o trovare sollievo.

Motivazioni del bere: classificazione

Coping	Socialità per usi positivi	Piacevoli emozioni
Bere causa eventi negativi	Facilitazione sociale	Sperimentare feelings positivi
Per stress	Motivi di socialità	Piacere
Per ridurre effetti negativi	Cameratismo sociale	Eccitazione
Per ridurre la tensione	Motivi sociali del bere	Per il buon gusto
Per ragioni personali	Per essere socialmente cortesi	Per diventare "alticcio"
Per motivi personali negativi		Per ubriacarsi
Per rallentare la tensione	Socialità per conformismo	Aumentare l'umore positivo
Trovare sollievo nel bere	Pressione dei pari	Per divertimento
Motivi di fuga	Non essere espulsi dal gruppo	Migliorare l'umore
Motivi patologici	Per entrare nel gruppo	Per aumentare gli effetti positivi
Auto medicazione	Pressione sociale	
Per reprimere sensazioni	Per stare con gli altri	
Per sopprimere sensazioni	Per essere accettati	

Le motivazioni che portano all'assunzione di alcolici si basano su quattro fattori: bere per aumentare in modo positivo l'umore, o bere "per stare bene"; bere per ottenere gratificazioni nella vita di socialità; bere per attenuare emozioni negative: il coping; bere per evitare situazioni di esclusione sociale, meglio definibile come "conformismo": il modeling. Per Cooper tali motivazioni sono correlate a quantità e frequenza del consumo di alcol e influenzano esperienze e conseguenze negative non solo in relazione alle quantità assunte. Ad esempio il coping, il bere cioè per "farcela" con emozioni negative, è altamente predittivo di problemi alcol correlati indipendentemente da quantità e abitudini di consumo [Cooper 1994].

Tra le motivazioni collegate alla socialità, oltre ad usi collegati ad aspetti socializzanti di tipo positivo ed altri collegati alla riduzione di aspetti considerati come potenzialmente negativi, possiamo individuare anche una

ulteriore dimensione collegata alla ricerca di emozioni piacevoli attribuite alla sostanza stessa, come ad esempio bere “perché il vino è buono” o per migliorare l’umore positivo o per aumentare le possibilità di divertirsi.

Il modello di Cooper, in particolare il Drinking Motives Measure, è stato sviluppato da numerosi altri autori ed è stato verificato in numerose ricerche empiriche i cui risultati convergono sul fatto che i problemi alcol correlati non sono solo una conseguenza diretta del consumo, ma piuttosto che le motivazioni influenzano il tasso di sperimentazione di conseguenze negative tra i bevitori.

L'alcol costa poco, è reperibile ovunque, in qualsiasi momento, ed è socialmente accettato. L'alcol etilico è una sostanza con proprietà psicoattive a concentrazioni differenti in diversi tipi di bevande. I problemi correlati al consumo di bevande alcoliche e l'alcol dipendenza sono condizioni frequenti e diffuse in entrambi i sessi e in tutte le fasce di età. Gli effetti sono solitamente sottovalutati e sottostimati: l’uso prolungato può provocare dipendenza, l’intossicazione provoca scoordinamento dei movimenti, lentezza dei riflessi, difficoltà a parlare e tendenza all’aggressività.

In letteratura è stata indagata la relazione tra significati del bere, quantità utilizzata e insorgenza di eventuali problematiche: mentre il bere sociale sembra determinare un uso moderato, alti consumi sono invece associati con l’uso emozionale e per ridurre effetti negativi. Per quanto riguarda possibili disturbi, mentre per il bere collegato alla socialità non si evidenziano problemi specifici, ma stili del bere problematici (positività al test CAGE, eccessi, binge drinking) e comportamenti pericolosi (bere alcolici e poi guidare, usare nella stessa serata sia alcol che stupefacenti), dagli studi epidemiologici emergono evidenze di associazione tra i motivi collegati alla riduzione di effetti negativi e problemi alcol correlati e rischio di dipendenza nell’età adulta.

Mentre l’uso di Alcol può essere considerato diverso, o maggiormente diversificato, in Italia rispetto ad esempio ai paesi anglosassoni, e questo fa sì che accanto alla trasgressione traspaia anche la valenza culturale positiva della normalità di un bicchiere di vino ai pasti, i diversi modelli di consumo sembrano associarsi a motivazioni tipiche cui sono correlate problematiche specifiche, come emerge anche dai risultati di recenti ricerche [Pavarin A 2008].

L’uso finalizzato ad ottenere determinate prestazioni sembra correlato a problemi col “mondo degli altri” e nella sfera sociale (lavoro, scuola), mentre il forte coinvolgimento con la sostanza determina problemi nelle relazioni più intime (partner, famiglia, amici). Invece un consumo di alcol considerato come normale è associato sia a problemi nella sfera relazionale che nel mondo sociale.

Consumo problematico, dipendenza e disturbi psicologici hanno relazioni più o meno forti con l’uso per curiosità e per socialità e risultano più diffusi tra chi ha un forte coinvolgimento con la sostanza. Risulta inoltre che tra chi beve alcolici perché ne considera come positivi gli effetti vi è una elevata probabilità di sviluppare dipendenza, mentre un uso per l’effetto rilassante sembra associato a disturbi psicologici.

Alcol, motivazioni al consumo e problematiche associate⁵

Motivazioni consumo	Problematiche associate
Normalità	Sfera relazionale, Mondo sociale
Prestazionale	Mondo sociale
Rilassante	Disturbi psichici
Curiosità	Disturbi psichici, Consumo problematico
Effetti considerati positivi	Dipendenza
Socialità	Disturbi psicologici, Dipendenza
Forte coinvolgimento	Sfera relazionale, Disturbi psichici, Dipendenza

⁵ Tratto da Pavarin R.M. (2008), *Sostanze legali e illegali: motivi e significati del consumo*, FrancoAngeli, Milano

2. Alcol e alcolismo in Emilia-Romagna

Di *Raimondo Maria Pavarin*

2.1 La prevalenza di soggetti con problemi alcol correlati

Il piano sanitario nazionale “Alcol e Salute” indica alcuni obiettivi prioritari e, in relazione ad essi, un insieme di aree strategiche e azioni prioritarie per il triennio 2007/2009, da attivarsi secondo i modelli organizzativi propri delle singole regioni, e i cui risultati saranno monitorati e verificati secondo specifici indicatori. Particolare attenzione viene posta nell’indicare tra gli obiettivi l’aumento della diffusione dei metodi e strumenti per l’identificazione precoce della popolazione a rischio e per il monitoraggio del danno alcol correlato.

Obiettivo di questo lavoro è quello di fare un quadro e una stima del fenomeno alcolismo nella regione Emilia Romagna attraverso un’analisi congiunta dei dati relativi ai soggetti che nel corso del 2005 sono stati in carico ai Ser.T. per alcolismo e dimessi dagli Ospedali per problemi alcol correlati allo scopo di completare e integrare la conoscenza del fenomeno. Infatti, nonostante i pazienti alcol dipendenti in carico ai Ser.T. siano aumentati nel tempo, essi non rappresentano che una piccola quota di coloro che necessiterebbero di un trattamento specifico. Molto probabilmente gli alcolisti si rivolgono “tardi” alle strutture sanitarie, in molti casi quando i danni si manifestano come patologie organiche, oppure in seguito ad eventi traumatici, e ancora poco ai Ser.T., il cui ruolo viene più facilmente associato al trattamento di soggetti con abuso di sostanze illegali.

La ricerca si propone quindi di ricomporre in un quadro unitario gli aspetti “sanitari” del fenomeno e, seguendo varie tipologie di aggregazione, si articola dal livello provinciale a quello regionale con uno studio sui ricoveri ospedalieri causati dall’alcol e propone un metodo di analisi delle caratteristiche dei soggetti con problemi alcol correlati sia utenti Ser.T. che dimessi dagli ospedali⁶. In questo modo è possibile descrivere la complessa configurazione delle varie aree territoriali sia per quanto riguarda l’emergere di problematiche specifiche, sia per quanto concerne differenti caratteristiche socio economiche, abitudini alimentari, stili di vita e comportamenti a rischio. Evitando

⁶ I soggetti inclusi nello studio sono: utenti Ser.T. alcolisti, utenti Ser.T. tossicodipendenti con concomitante abuso di alcol, soggetti dimessi da strutture ospedaliere pubbliche o private con diagnosi ICD IX riconducibili a problemi alcol correlati. Il file degli utenti Ser.T. è stato incrociato con quello dei dimessi dagli ospedali e per ogni soggetto le informazioni sono state riunite in un unico record ed aggiornate tenendo conto del dato più attendibile e di quello più recente. Lo studio è stato condotto in cieco e non sono stati utilizzati dati sensibili o il codice fiscale.

semplificazioni collegate all'attribuzione di maggiori o minori capacità di attrazione dei vari servizi, eventuali differenze possono essere analizzate anche come espressioni di problematiche locali dovute a diverse valenze socio culturali dell'alcol.

Il lavoro qui di seguito presentato è stato promosso dal "Progetto Alcol" del Servizio Salute Mentale, Dipendenze Patologiche e Salute nelle Carceri della Regione Emilia-Romagna, e coordinato dall'Osservatorio Epidemiologico Metropolitano Dipendenze Patologiche dell'ASL Bologna, che ha curato sia la formazione degli operatori degli Osservatori provinciali che le analisi dei dati a livello provinciale e regionale e segue la metodologia utilizzata a partire dal 2001 per lo studio annuale sulla prevalenza di soggetti con problemi alcol correlati nell'area metropolitana di Bologna⁷.

2.2 Metodologia utilizzata

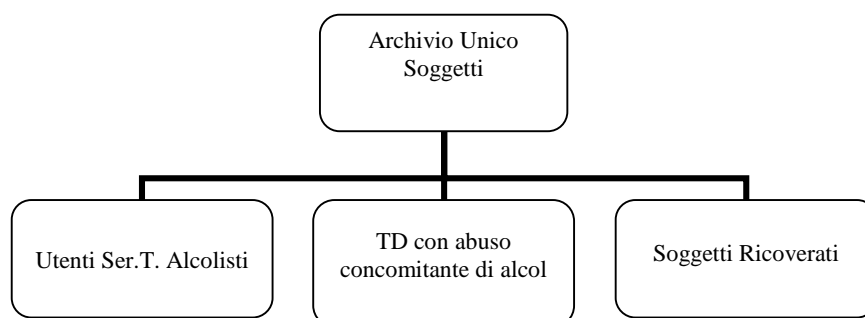
Il metodo di lavoro proposto in questa pubblicazione viene utilizzato a cadenza annuale a partire dal 2001 nell'area metropolitana di Bologna per lo studio annuale sulla prevalenza di soggetti con problemi alcol correlati⁸. Al progetto di ricerca hanno aderito le Aziende Sanitarie di Bologna, Cesena, Ferrara, Forlì, Piacenza, Ravenna, Reggio Emilia, Rimini, Modena e Parma.

Fonte dei dati - I soggetti inclusi nello studio nel corso del 2005 si sono rivolti ad un Ser.T. o ad un ospedale per problemi connessi l'uso di alcol

- Utenti Alcolisti Ser.T.: soggetti in carico nell'anno di riferimento come alcolisti e selezionati dalla cartella socio sanitaria regionale informatizzata SISTER
- Utenti Tossicodipendenti Ser.T. con abuso concomitante di alcol: soggetti in carico nell'anno di riferimento come tossicodipendenti che presentano un abuso concomitante di alcol e selezionati in base alla sostanza secondaria di abuso dalla cartella socio sanitaria regionale informatizzata SistER.
- Soggetti dimessi da strutture ospedaliere pubbliche o private con diagnosi ICD IX riconducibili a problemi alcol correlati e selezionati dalla banca dati della Scheda Dimissione Ospedaliera (SDO).

⁷ http://www.ossdipbo.org/ricerche_e_pubblicazioni.html

⁸ www.ossdipbo.org; vedi anche Pavarin R.M. (2007), *Consumo, consumo problematico e dipendenza*, FrancoAngeli, p. 37; 56



Relativamente agli alcolisti ed ai tossicodipendenti in carico ai Ser.T. sono state utilizzate le informazioni relative a: età, sesso, nazionalità, residenza, stato civile, situazione abitativa, titolo di studio, tipologia utente, scheda tossicologica. Relativamente alla stessa Azienda Usl, i soggetti in contatto con più Ser.T. sono stati conteggiati una sola volta.

Per quanto riguarda i ricoveri, sono state selezionate le dimissioni dagli ospedali pubblici e privati convenzionati della regione Emilia Romagna e quelle dei residenti ricoverati fuori regione.

Per l'individuazione delle diagnosi alcol correlate è stata utilizzata la IX Classificazione Internazionale delle malattie. Le diagnosi selezionate sono: dipendenza da alcol (ICD IX 303), abuso di alcol senza dipendenza (ICD IX 305), danni epatici specifici (steatosi epatica alcolica ICD IX 571.0, Epatite acuta alcolica 571.1, Cirrosi epatica alcolica 571.2, Danno epatico da alcol 571.3), Gastrite alcolica (ICD IX 535.3), Sindromi psicotiche indotte dall'alcol (ICD IX 291), Danni al feto/neonato (ICD IX 760.7), Alcolemia elevata (ICD IX 790.3), Avvelenamento antagonisti alcol (ICD IX 977.3), Effetti tossici dell'alcol (ICD IX 980), Polineuropatia alcolica (ICD IX 357.5), Cardiomiopatia alcolica (ICD IX 425.5).

Sono stati selezionati anche i soggetti con un intervento specifico per alcolismo secondo la classificazione ICD-IX-CM relativa agli interventi chirurgici e alle procedure diagnostiche e terapeutiche: Consulenza per alcolismo (ICD 944.6), Richiesta riabilitazione per alcolismo (ICD 945.3), Riabilitazione dal alcol (ICD 946.1), Disintossicazione da alcol (ICD 946.2), Riabilitazione combinata da alcol e farmaci (ICD 946.7), Disintossicazione combinata da alcol e farmaci (ICD 946.8), Riabilitazione e disintossicazione combinata da alcol e farmaci (ICD 946.9), Alcolemia elevata (ICD 790.3).

Sono state utilizzate le informazioni relativamente a: codice paziente, sesso, età, residenza, stato civile, nazionalità, codice presidio, data ricovero, data dimissione, modalità dimissione, regime di ricovero, tipo di ricovero,

Il controllo dei soggetti con più ricoveri è stato effettuato utilizzando il codice paziente.

Qualità del dato - Per quanto riguarda la completezza del dato, nella fonte Ser.T. le variabili sesso ed età si riferiscono al 100% dei soggetti, nazionalità

97.1%, residenza 95%, titolo di studio 47.7%, situazione abitativa 45.1%, stato civile 41.7%.

Per la fonte Ospedale (SDO) il regime di ricovero era disponibile per il 98.8% dei casi, sesso 97.9%, tipologia di ricovero 89.3%, proposta di ricovero 87.1%, residenza 76%, modalità di dimissione 73.4%, nazionalità 71.7%, età 71.7%.

Nelle analisi relative a Cesena, Modena, Parma e Ravenna non sono state utilizzate le variabili relative a situazione abitativa e titolo di studio, a Piacenza non è stato utilizzato lo stato civile.

Metodologia di lavoro – Relativamente ad ogni Azienda Usl, il file degli utenti Ser.T. è stato incrociato con quello dei dimessi dagli ospedali, si sono così ottenute tre variabili: i “comuni” (i soggetti sia in carico al Ser.T. che dimessi da un ospedale), i soggetti solo in carico ad un Ser.T., e gli “sconosciuti” (i dimessi da un ospedale che non sono stati presso un Ser.T.).

Si è successivamente costruito un file unico (Ser.T. + ospedale) che ricostruiva la situazione di ogni soggetto, contenente le seguenti variabili: provincia del Ser.T. di presa in carico o ospedale di dimissione, sesso, data di nascita, nazionalità, provincia di residenza, codice (1=solo Ser.T., 2=solo ospedale, 3=comuni).

Per ogni soggetto le informazioni sono state riunite in un unico record ed aggiornate tenendo conto del dato più attendibile e di quello più recente.

Soggetto	COD	RESID	SESSO	Ser.T.	OSP	TD Conc	FONTE
A				SI	NO	NO	Solo Ser.T.
B				NO	SI	SI	Comune
C				SI	SI	NO	Comune
D				NO	SI	NO	Solo Ospedale
E				NO	NO	SI	Solo Ser.T.

Lo studio è stato condotto in “cieco” e non sono stati utilizzati dati sensibili. Per identificare i soggetti sono stati utilizzati sesso, città di nascita e data di nascita.

Per validare il metodo è stato effettuato uno studio di riproducibilità confrontando l’incrocio tra i 1331 utenti eroinomani in carico ai Ser.T. della città di Bologna nel corso del 2001 con i soggetti dimessi nel corso dello stesso anno dagli ospedali Maggiore e Bellaria di Bologna con diagnosi ICDIX 304 o 965.0 prima con l’uso del codice fiscale, poi con sesso, data di nascita e città di nascita. Dei 48 soggetti ricoverati, solo 3 non erano stati classificati correttamente. La riproducibilità è stata verificata col test Kappa per la concordanza di valori dicotomici che è risultato positivo (0.97).

Analisi effettuate - Per le analisi è stato utilizzato: 1) il calcolo della prevalenza, 2) la stima del numero oscuro col metodo cattura/ricattura, 3) la valutazione del bacino di utenza col nomogramma di Gandhi. Qui di seguito alcuni accenni di tipo metodologico.

La prevalenza è esprimibile come la proporzione di casi presenti a un dato istante (x) o in un definito periodo $[t(1) - t(0)]$ nella popolazione in studio:

$$P(x) = C(x)/N(x)$$

$P(x)$ denota la proporzione di casi in atto al tempo x

$C(x)$ denota il numero dei casi in atto al tempo x

$N(x)$ denota il numero dei soggetti presenti al tempo x

La stima della prevalenza trova applicazione in studi trasversali, con finalità soprattutto di pianificazione di servizi ovvero di formulazione di ipotesi eziologiche; in studi longitudinali eziologici, in cui non si possa misurare l'incidenza della malattia⁹.

Per la stima del numero oscuro è stato utilizzato il metodo "cattura/ricattura" a due fonti. Le fonti considerate sono: a) i soggetti presi in carico al Ser.T. b) i soggetti dimessi dagli ospedali. Si individuano tre tipi di logie: chi si è rivolto al Ser.T. (M), chi è stato dimesso dagli ospedali (n), chi è stato sia in carico al Ser.T. che ricoverato all'ospedale (m).

La tecnica di cattura-ricattura è un metodo di campionamento utilizzato principalmente in campo biologico e nelle applicazioni demografiche. Originariamente sviluppati per stimare la dimensione di popolazioni animali quando non fosse possibile il semplice conteggio di tutti gli individui, i metodi di cattura-ricattura sono stati poi impiegati con successo anche nella stima dei tassi di sopravvivenza di animali selvatici e successivamente applicati alle popolazioni umane [Hook et al. 1995]. Il metodo è stato utilizzato a livello internazionale per la stima del numero oscuro dei tossicodipendenti [Hatnoll et al. 1985; Salvany 1997] e ha trovato applicazioni recenti anche in Italia sia per tossicodipendenti [Pavarin et al. A 1998; Pavarin 2007] che per alcolisti [Corrao et al. 2000].

Esso si basa sull'ipotesi che esistono due campioni casuali e indipendenti (catture) della stessa popolazione e che i soggetti siano univocamente riconoscibili. Le catture devono essere indipendenti: la probabilità di essere osservato da una fonte non deve influenzare la probabilità di essere osservato da altre fonti. Le catture devono essere "omogenee": all'interno di ogni fonte ogni individuo ha la possibilità di essere osservato. La probabilità per un dato individuo di essere presente in una determinata fonte dipende da fattori individuali che lo differenziano dagli altri (modalità, uso e tipo di sostanza, condizioni di salute); le fonti possono coprire sottoinsiemi diversi anche se non mutuamente esclusivi della stessa popolazione. Il modello si basa sul livello di sovraesposizione per determinare il numero di casi non stimabili direttamente. Il corretto accertamento del numero di casi (N) può essere calcolato basandosi sul numero riportato dalle diverse fonti usando l'equazione:

$$N = [(M + 1) * (n + 1)/(m + 1)] - 1$$

⁹ per approfondimenti cfr. Rothman et al. 1998, pp. 42-5 e 75-6

Dove N è la stima del numero di casi totali, “ M ” il numero dei casi “catturati” attraverso la fonte 1, “ n ” il numero di casi catturati attraverso la fonte 2, ed “ m ” il numero di casi catturati attraverso entrambe le fonti. Gli intervalli di confidenza sono stati calcolati utilizzando la formula della varianza [Salvany 1997]:

$$(S.E. = \text{rad. QuadVar}) : ic = N \pm (1.96 * S.E.)$$

Il nomogramma di Gandhi [Gandhy 1979] ha come base la capacità di esprimere l'attitudine di una struttura sanitaria a soddisfare o meno la domanda del proprio territorio o quella di persone provenienti da zone extraterritoriali.

Esso permette di valutare la mobilità dell'utenza, evidenziando la relazione esistente tra i ricoveri "importati" (i soggetti residenti in altre province) ed "esportati" (i residenti che si rivolgono altrove) e la domanda soddisfatta nel territorio di residenza (residenti altrove e ricoveri di residenti nella provincia).

Tale metodo di valutazione è stato sperimentato con successo in altre regioni italiane [Franci et al. 1989.] ed è stato utilizzato per l'analisi del bacino di utenza dei Ser.T. della città di Bologna [Pavarin 1998]. Ricoveri dei residenti (R_r) indica il numero dei ricoveri di soggetti residenti nel territorio della struttura ospedaliera, E (emigrati) indica il numero dei soggetti residenti nel territorio dell' Ausl di riferimento che si sono rivolti a strutture ospedaliere di un altro territorio, I indica il numero dei soggetti ricoverati residenti fuori dal territorio della struttura ospedaliera (immigrati).

Per cui con R_r+I (ricoveri di residenti + immigrati) indichiamo la domanda soddisfatta nelle strutture ospedaliere di riferimento, e con R_r+E (ricoveri di residenti + emigrati) misuriamo la quantità di domanda espressa dai residenti nel territorio.

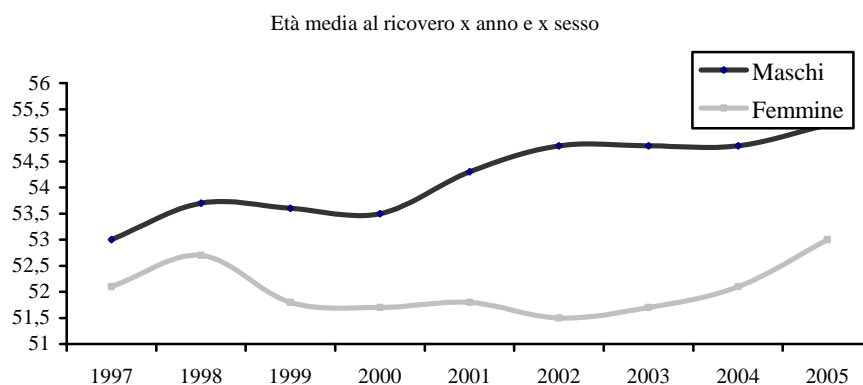
Per cui con $X=R_r/(R_r+I)*100$ descriviamo la domanda soddisfatta di ricoveri per tossicodipendenza dalle strutture ospedaliere del territorio, e con $Y=R_r/(R_r+E)*100$ descriviamo la richiesta espressa dal territorio.

Queste formule ci consentono di calcolare domanda soddisfatta (X) e richiesta espressa (Y) per ogni Azienda Usl o provincia, e quindi di verificare se la struttura ha un bacino di utenza superiore o inferiore e di costruire su ciò analisi e valutazioni attendibili su basi certe. Infatti il rapporto Y/X se maggiore di 1 descrive una migrazione di soggetti da altri territori, se inferiore a 1 una emigrazione verso altri territori.

2.3 Analisi dei ricoveri ospedalieri alcol correlati

I ricoveri sono in tendenziale diminuzione nel 2005 rispetto al 1997, sia tra le femmine (1612 nel 1997, 1553 nel 2005) che tra i maschi (5606 nel 1997, 4608 nel 2005)¹⁰. In tale lasso temporale aumentano la percentuale di donne (che passa dal 22% al 25%), di cittadini stranieri (che raddoppia passando dal 2% al 4%) e di soggetti dimessi anche per problematiche correlate a dipendenza da sostanze stupefacenti illegali (che triplica passando da 1.5% al 4.8%).

L'età media al ricovero è superiore a 50 anni e risulta più elevata per i maschi rispetto alle femmine, in aumento nel tempo in entrambi i sessi, ma in modo più marcato tra i maschi.

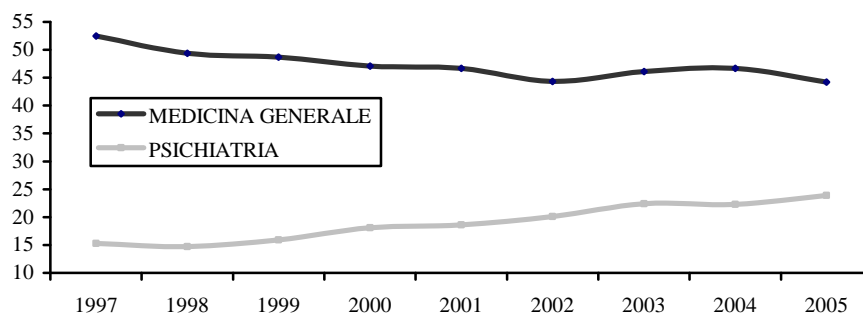


È in aumento la quota di ricoveri in strutture private (17% nel 1997, 23% nel 2005) ed in diminuzione il ricorso al day hospital (9% nel 1997, 8.2% nel 2005). Diminuiscono i ricoveri programmati (47% nel 1997, 29.8% nel 2005) ed aumentano quelli d'urgenza (50% nel 1997, 60.6% nel 2005) ed i Trattamenti Sanitari Obbligatoriosi (1% nel 1997, 1.4% nel 2005).

La maggior parte dei ricoveri avviene nei reparti di Medicina generale (44.2% nel 2005) e Psichiatria (23.9% nel 2005), seguiti da Astanteria (5.9% nel 2005), Gastroenterologia (5.8% nel 2005) e Neurologia (2.5% nel 2005). Il grafico evidenzia l'aumento tendenziale dei ricoveri nei reparti di Psichiatria e la diminuzione nei reparti di Medicina.

¹⁰ I dati sono stati forniti dal sistema informativo dell'ASL Bologna. In questo paragrafo vengono analizzati i ricoveri per patologie alcol correlate in strutture ospedaliere pubbliche e private dell'Emilia Romagna di residenti in regione nel periodo 1997/2005

Reparto di ricovero: raffronti percentuali



Sono in aumento i ricoveri con accesso diretto (39% nel 1997, 46.3% nel 2005) ed in diminuzione quelli su proposta di uno specialista (23% nel 1997, 17.7% nel 2005) o del medico di base (22% nel 1997, 16.5% nel 2005). Ciò significa che una quota rilevante di soggetti ha come principale riferimento l'Ospedale e che viene filtrata solo una parte degli accessi.

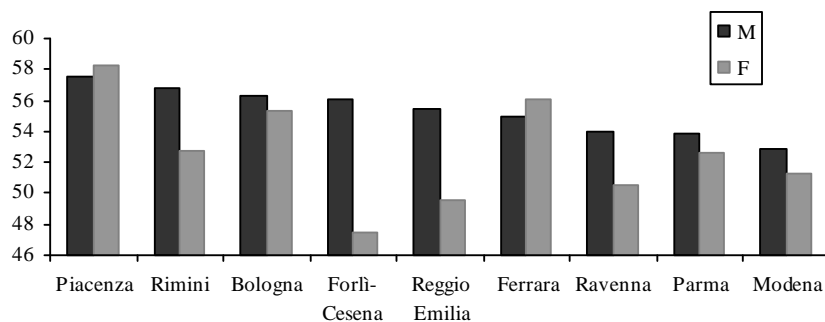
Per quanto riguarda la zona, sono in aumento i ricoveri nelle province di Piacenza, Modena, Ferrara, mentre diminuiscono a Parma, Bologna, Ravenna, Rimini e Forlì-Cesena. Nel corso del 2005 un ricovero su cinque era in strutture della provincia di Bologna.

Sono in aumento i ricoveri di residenti nelle province di Piacenza, Modena e Ferrara.

Utilizzando il dato del 2005, si evidenzia un'età media al ricovero più alta nella provincia di Piacenza sia per i maschi che per le femmine, più bassa in quella di Forlì-Cesena per le femmine e di Modena per i maschi. Rispetto al 1997 è in consistente aumento l'età al ricovero per i maschi nelle province di Piacenza, Bologna, Ferrara e Reggio Emilia e in diminuzione in quella di Rimini; per le femmine l'età aumenta a Piacenza, Bologna, Ferrara e diminuisce a Forlì-Cesena e Rimini.

L'aumento più marcato è per la provincia di Piacenza, dove dal 1997 al 2005 l'età media passa da 52.4 a 57.6 anni tra i maschi e da 53.4 a 58.3 anni tra le femmine.

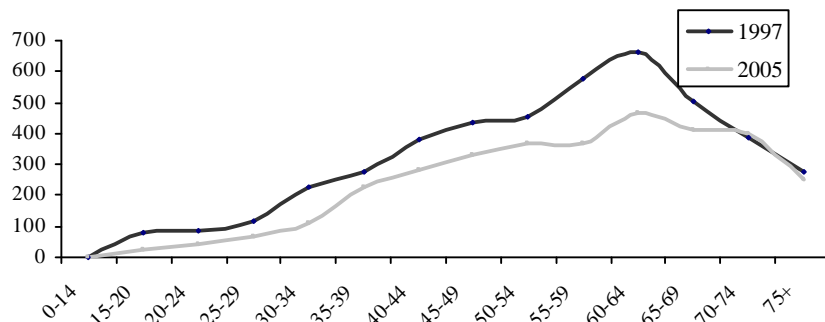
Anno 2005: età media al ricovero x provincia e x sesso



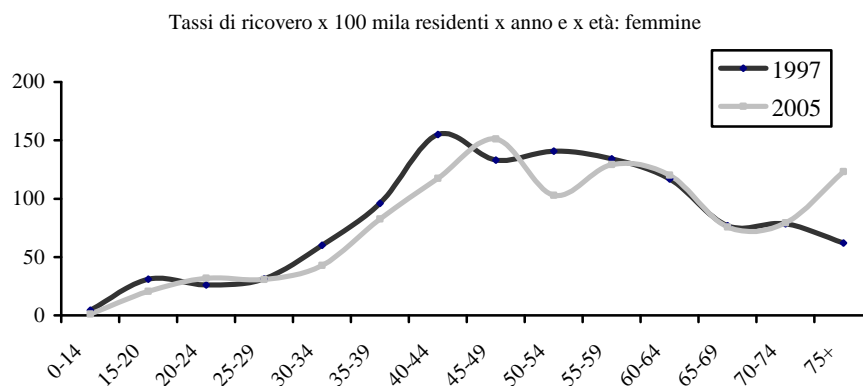
Anche i tassi di ricovero per 100 mila residenti sono in tendenziale diminuzione sia tra i maschi (da 296.7 nel 1997 a 226.7 nel 2005) che tra le femmine (da 79.6 nel 1997 a 72.7 nel 2005).

I tassi aumentano in modo costante sino ai 65 anni per poi diminuire per i maschi e sino ai 45 per poi diminuire in modo altalenante tra le femmine.

Tassi di ricovero x 100 mila residenti x anno e x età: maschi



I tassi di ricovero registrano una diminuzione in tutte le classi di età, molto marcata sotto i 35 anni, in modo più netto per i soggetti con meno di 20 anni. Mentre tra i maschi tale diminuzione è più accentuata per i soggetti con età compresa tra 15 e 20 anni, per le femmine il calo è maggiore sotto i 14 anni.



Per le province di residenza è stato calcolato il tasso grezzo di ricovero per anno e per sesso. Per un'analisi più dettagliata si rimanda al paragrafo sui profili, dove le diverse probabilità di ricovero sono calcolate tenendo conto anche dell'effetto delle altre variabili disponibili.

Tra i maschi il tasso risulta più elevato nelle province di Piacenza e Parma, tra le femmine nelle province di Ferrara e Parma. Rispetto al 1997 risulta in calo tra i maschi in tutte le province tranne in quella di Piacenza, dove è stabile; tra le femmine risulta in aumento nelle province di Ferrara, Ravenna e Piacenza ed in diminuzione in quelle di Bologna e Reggio Emilia.

Tassi di ricovero per 100 mila residenti x anno, x provincia e x sesso

	Maschi		Femmine	
	1997	2005	1997	2005
Piacenza	322.5	335.2	72.0	77.6
Parma	418.8	300.4	99.7	89.1
Reggio Emilia	225.5	157.5	70.4	47.9
Modena	245.3	221.0	72.1	64.4
Bologna	302.5	225.8	89.7	74.4
Ferrara	289.7	242.6	78.3	93.3
Ravenna	271.6	184.4	57.0	67.9
Forlì-Cesena	324.4	222.5	87.4	77.9
Rimini	267.1	187.1	69.1	66.5

Nel corso del 2005 vi sono state oltre 3 mila dimissioni per danni epatici, poco più di 2 mila per sindrome di dipendenza da alcol e una cifra di poco inferiore per abuso di alcol senza dipendenza. Rispetto al 1997 è in aumento il numero di ricoveri per abuso di alcol senza dipendenza, mentre è in diminuzione per tutte le altre cause.

Numero ricoveri x patologia e x sesso

	2005			1997		
	Maschi	Femmine	totale	maschi	Femmine	Totale
PSICOSI ALCOLICA	255	82	337	289	100	389
SINDR DIPENDENZ ALCOOL	1599	577	2176	2175	639	2814
ABUSO ALCOL SENZA DIP	1264	706	1970	609	233	842
POLINEUROPATIA ALCOOLICA	98	25	123	180	55	235
CARDIOMIOPATIA ALCOOLICA	29	3	32	51	8	59
GASTRITE ALCOOLICA	20	8	28	47	20	67
MAL EPAT CR/CIRROSI	2615	681	3296	2802	679	3481
EFF TOSSICO ALCOOL ETILICO	13	9	22	58	43	101
INTERVENTI	35	5	40	17	0	17

L'analisi della distribuzione percentuale evidenzia l'aumento della quota di ricoveri per abuso di alcol senza dipendenza (12% nel 1997, 32% nel 2005), molto marcata tra le femmine (15% nel 1997, 46% nel 2005), e per le malattie epatiche (48% nel 1997, 54% nel 2005), più evidente tra i maschi (50% nel 1997, 57% nel 2005), ed una diminuzione per la sindrome di dipendenza da alcol (39% nel 1997, 35% nel 2005), più elevata tra i maschi (39% nel 1997, 35% nel 2005).

Relativamente al 2005, analizzando la distribuzione percentuale nei due sessi, si evidenzia come i ricoveri per malattie epatiche/cirrosi siano più frequenti tra i maschi (50% contro il 42% delle femmine) e per abuso senza dipendenza tra le femmine (15% contro l'11% dei maschi), mentre per dipendenza la differenza è di lieve entità (39% maschi, 40% femmine).

Tassi di ricovero x 100 mila residenti per gruppi di patologie/interventi e per sesso

	Anno 2005		Anno 1997	
	M	F	M	F
PSICOSI ALCOLICA	12.5	3.8	15.3	4.9
SINDR DIPENDENZ ALCOOL	78.5	27.0	115.1	31.6
ABUSO ALCOL SENZA DIP	62.1	33.1	32.2	11.5
POLINEUROPATIA ALCOOLICA	4.8	1.2	9.5	2.7
CARDIOMIOPATIA ALCOOLICA	1.4	0.1	2.7	0.4
GASTRITE ALCOOLICA	1.0	0.4	2.5	1.0
MAL EPAT CR/CIRROSI	128.4	31.9	148.3	33.5
EFF TOSSICO ALCOOL ETILICO	0.6	0.4	3.1	2.1
INTERVENTI	1.7	0.2	0.9	0

Tra i maschi i tassi di ricovero risultano più elevati per le malattie epatiche, seguite rispettivamente da dipendenza, abuso e psicosi alcolica. Tra le femmine la prima causa di ricovero è l'abuso di alcol senza dipendenza, seguita dalle malattie epatiche e dalla dipendenza.

Rispetto al 1997 tra i maschi raddoppiano i tassi per abuso senza dipendenza e diminuiscono per tutte le altre cause, in modo accentuato per dipendenza e malattie epatiche; stesso andamento anche per le femmine dove i tassi per abuso triplicano.

Per quanto riguarda l'età media, risulta più elevata per ricoveri relativi a cardiomiopatia alcolica, seguiti da malattie epatiche e polineuropatia alcolica. I ricoveri per abuso di alcol senza dipendenza sembrano specifici per soggetti mediamente più giovani.

Mentre per quanto riguarda la dipendenza sembra che le differenze di genere si stiano livellando, le femmine sono mediamente più anziane rispetto ai maschi nei ricoveri per psicosi alcolica e cardiomiopatia alcolica e più giovani in quelli per abuso, polineuropatie, gastrite ed effetti tossici dell'alcol.

Età media al ricovero per patologie/interventi: confronto 1997/2005

	Maschi		Femmine	
	1997	2005	1997	2005
PSICOSI ALCOLICA	52.9	53.1	52.3	61.1
SINDR DIPENDENZ ALCOOL	49.9	49.0	51.1	49.6
ABUSO ALCOL SENZA DIP	41.4	47.0	45.2	43.9
POLINEUROPATIA ALCOOLICA	55.2	60.4	53.2	56.4
CARDIOMIOPATIA ALCOOLICA	62.0	62.1	77.5	80.8
GASTRITE ALCOOLICA	52.7	57.5	54.8	52.3
MAL EPAT CR/CIRROSI	57.6	58.5	58.4	58.9
EFF TOSSICO ALCOOL ETILICO	44.9	52.5	45.3	39.9
INTERVENTI	42.7	53.9		60.0

Tra i maschi si delinea un quadro dove l'accesso alle strutture ospedaliere riguarda soggetti man mano più anziani, infatti l'età al ricovero rimane stabile per cardiomiopatia alcolica e sindrome da dipendenza ed aumenta per tutte le altre diagnosi.

Tra le femmine la situazione è più complessa e, come già detto nell'introduzione, riflette anche nuove tendenze di consumo [Pala 2004]. Infatti, mentre rimane stabile l'età al ricovero per malattie epatiche e per dipendenza ed aumenta per psicosi alcolica, polineuropatia alcolica e cardiomiopatia alcolica, diminuisce per abuso ed effetti tossici derivati dall'alcol.

2.4 Profili a rischio

Per individuare i profili dei soggetti con maggiore probabilità di ricovero per abuso, dipendenza, danni epatici, incidenti stradali e in struttura private, sono state effettuate alcune analisi multivariate utilizzando la regressione logistica e sono stati calcolati gli odds ratio ed i rispettivi intervalli di confidenza al 95%. Le variabili inserite nel modello erano anno di ricovero, provincia di residenza, provincia di ricovero, nazionalità, sesso, età, eventuale abuso concomitante di stupefacenti, regime, tipo e proposta di ricovero.

La probabilità di ricovero in cliniche private aumenta sino al 2003 per poi stabilizzarsi negli anni successivi, risulta più elevata per le femmine e per gli italiani, cresce con l'età e raggiunge il picco per soggetti con età compresa tra 30 e 50 anni. Il ricorso a tali strutture è più probabile per residenti nelle province di Rimini, Modena, Parma, Ravenna e Ferrara. Si tratta di ricoveri programmati, su invio del Servizio Salute Mentale (SSM) o del medico di base per patologie correlate ad abuso o dipendenza.

Probabilità ricovero in struttura Privata: regressione logistica Odds Ratio (*)

	OR	IC 95%			OR	IC 95%
1997	1		Residenza	Piacenza	1	
1998	1.22	1.08-1.37		Parma	1.83	1.62-2.06
1999	1.3	1.15-1.46		Reggio Emilia	0.65	0.56-0.75
2000	1.55	1.37-1.74		Modena	1.85	1.63-2.08
2001	1.63	1.45-1.84		Bologna	1.11	0.99-1.24
2002	3.02	2.68-3.40		Ferrara	1.23	1.07-1.41
2003	4.01	3.56-4.53		Ravenna	1.66	1.45-1.91
2004	4.02	3.57-4.53		Forlì Cesena	1	0.88-1.40
2005	4	3.51-4.46		Rimini	2.61	2.95-3.03
<20	1		Sesso	Femmine	1	
20-29	2.75	1.69-4.79		Maschi	0.82	0.77-0.86
30-39	3.14	1.96-5.04	Tipo ric	Urgenza	1	
40-49	3.12	1.95-5.0		Programmato	21.53	19.75-23.47
50-59	2.77	1.73-4.44		Altro	1.34	1.10-1.63
60-60	2.03	1.26-3.25				
>69	2.18	1.36-3.51				
Proposta ricovero			Patologie	Dipendenza	1.33	1.24-1.43
Diretto	1			Abuso	2.23	2.01-2.47
Medico di base	4.34	3.95-4.76		Danni epatici	0.54	0.50-0.58
SSM	15.01	12.73-17.71		Altro	1.25	1.11-1.40
Guardia medica	0.26	0.18-0.38				
Specialista	0.48	0.43-0.53	Nazionalità	Straniero	1	
Altro	0.8	0.71-0.89		Italiano	2.53	2.01-3.16

(*) i valori in grassetto sono statisticamente significativi al 95%

Le analisi relative alla relazione tra ricoveri alcol correlati e incidenti stradali sono limitate al periodo 1997/2001 in quanto i dati sono raccolti in modo uniforme solo dentro tale intervallo temporale. La probabilità aumenta nei periodi successivi al 1997 e risulta più elevata per le femmine e per i soggetti con meno di 20 anni. Si tratta di ricoveri d'urgenza, più probabili per soggetti con uso concomitante di stupefacenti e per residenti nella provincia di Forlì-Cesena.

Probabilità ricovero per incidenti stradali: regressione logistica Odds Ratio (*)

	OR	IC 95%			OR	IC 95%
1997	1		Residenza	Piacenza	1	
1998	1.48	1.04-2.10		Parma	1.08	0.64-1.81
1999	1.68	1.19-2.36		Reggio Emilia	1.45	0.90-2.40
2000	1.34	0.94-1.91		Modena	0.66	0.39-1.11
2001	1.70	1.21-2.39		Bologna	0.81	0.51-1.30
				Ferrara	0.80	0.47-1.35
Femmine	1			Ravenna	0.83	0.46-1.50
Maschi	0.69	0.55-0.87		Forlì Cesena	1.93	1.19-3.14
				Rimini	1.25	0.70-2.26
<20	1					
20-29	0.5	0.34-0.73	TD	Concomitante	2.7	1.86-3.93
30-39	0.25	0.18-0.36				
40-49	0.16	0.11-0.24	Tipo ric	Urgenza	1	
50-59	0.07	0.04-0.11		Programmato	0.17	0.12-0.24
60-60	0.05	0.03-0.08		Altro	0.41	0.25-0.66
>69	0.03	0.02-0.06				

(*) i valori in grassetto sono statisticamente significativi al 95%

La probabilità di ricovero per dipendenza risulta più elevata per gli italiani rispetto agli stranieri, per i maschi rispetto alle femmine ed aumenta con l'età. Si tratta di ricoveri d'urgenza, su invio del Servizio Salute Mentale. L'Odds Ratio risulta più elevato per i residenti nelle province di Ravenna, Modena e Bologna.

La probabilità di ricovero per danni epatici risulta più elevata per i maschi, aumenta con l'età e riguarda accessi diretti di urgenza.

La probabilità di ricovero per abuso è in aumento a partire dal 1998, risulta più elevata per le femmine e aumenta con l'età, in modo più marcato per classi di età comprese tra 20 e 29 anni. Si tratta di ricoveri programmati, su invio del medico di base, del SSM o dello specialista. L'Odds Ratio risulta più elevato per i residenti nelle province di Ravenna, Forlì-Cesena, Rimini e Bologna.

Probabilità ricovero per abuso. dipendenza. danni epatici: regressione logistica
Odds Ratio (*)

	dipendenza	epatici	abuso			Dipendenza	Epatici	abuso
1997	1	1	1	Età	<20	1	1	1
1998	1.08	1.07	1.32		20-29	5.64	4.82	2.72
1999	1.05	0.97	1.65		30-39	7.28	8.59	2.12
2000	1.02	1.02	1.68		40-49	8.2	10.21	1.75
2001	1.04	0.96	2.11		50-59	8.92	11.35	1.70
2002	1.09	1.06	2.85		60-60	9.85	12.46	1.62
2003	1.1	1.06	3.45		>69	8.39	13.85	1.51
2004	1.06	0.85	3.79					
2005	1.07	1.03	3.84	Tipo ric	Urgenza	1	1	1
					Programmato	0.93	0.82	1.22
Piacenza	1	1	1		Altro	0.52	0.54	0.57
Parma	1.11	1.02	1.06					
Ferrara	1.39	0.85	1.11	Proposta ric	Diretto	1	1	1
Reggio Emilia	1.34	0.7	1.42		Medico di base	1.04	0.9	1.35
Modena	1.9	0.7	1.65		SSM	1.57	0.28	2.22
Rimini	1.58	0.6	1.88		Guardia medica	0.79	0.91	1.27
Bologna	1.83	0.58	1.95		Specialista	0.97	0.93	1.53
Ravenna	1.97	0.48	2.11		Altro	1.23	0.9	1.31
Forlì Cesena	1.55	0.82	2.13					
Straniero	1	1	1	Sesso	Femmine	1	1	1
Italiano	1.23	0.97	1.02		Maschi	1.14	1.1	0.75

(*) i valori in grassetto sono statisticamente significativi al 95%

2.5 Analisi del bacino di utenza

Per l'analisi del bacino di utenza è stato utilizzato il nomogramma di Gandhi. Per i riferimenti teorici e le modalità di calcolo si rinvia allo specifico paragrafo.

In base alla provincia di residenza, i ricoveri sono stati distinti in ricoveri di non residenti (immigrati), ricoveri di residenti in strutture dislocate nel territorio di riferimento e ricoveri di residenti in strutture fuori regione (emigrati). L'analisi è stata ripetuta per strutture (pubbliche e private) e per gruppo di diagnosi (abuso, dipendenza, danni epatici).

Come evidenziato dalla tabella che segue, sia nel 2004 che nel 2005 in regione la domanda è stata soddisfatta ampiamente e il bacino di utenza è sottostimato del 10%¹¹. Ciò significa che la popolazione che afferisce alle

¹¹ Ricoveri dei residenti (*Rr*) indica il numero dei ricoveri di soggetti residenti nel territorio della struttura ospedaliera, *E* (emigrati) indica il numero dei soggetti residenti nel territorio dell' Ausl di

strutture regionali per problematiche alcol correlate è superiore alla popolazione residente di età compresa tra 15 e 64 anni di età. Questo vale sia per le strutture pubbliche che per quelle private, le quali si distinguono per una mobilità da fuori regione più elevata e in aumento.

Regione Emilia Romagna periodo 2004/2005: ricoveri x residenza. struttura e diagnosi

	Ricoveri residenti	Ricoveri immigrati	Residenti ricoverati fuori regione	Popolazione residente 15/64	Bacino di utenza
Totale 2004	4774	900	304	2702339	3019510
Totale 2005	4539	1022	313	2714224	3110841
Strutture pubbliche 2004	3609	523	198	2702339	2933035
Strutture pubbliche 2005	3534	577	219	2714224	2973135
Strutture private 2004	1034	409	106	2702339	3420592
Strutture private 2005	1005	445	94	2714224	3581096
Dipendenza 2004	1478	371	185	2702339	3004585
Dipendenza 2005	1419	371	185	2714224	3110154
Abuso 2004	531	120	32	2702339	3124729
Abuso 2005	670	156	38	2714224	3166595
Danni epatici 2004	2793	421	99	2702339	3003222
Danni epatici 2005	3331	475	111	2714224	3001260

Per quanto riguarda le singole province, il 92% dei residenti nella provincia di Modena si rivolge a strutture del proprio territorio, questo vale per il 91% dei residenti nella provincia di Parma, l'89% di Bologna, l'87% di Piacenza, l'85% di Ferrara, l'83% di Cesena, l'82% di Forlì, il 78% di Reggio Emilia, il 75% di Ravenna e il 59% di Rimini. Si rivolge in strutture fuori regione il 26% dei residenti nella provincia di Rimini, il 10% di Cesena e di Ravenna, il 9% di Piacenza e l'8% di Forlì. Tra i residenti fuori regione il 28% si ricovera in strutture della provincia di Modena, il 25% di Bologna o Parma. La mobilità è molto elevata da Forlì verso Ravenna e da Reggio Emilia verso Modena.

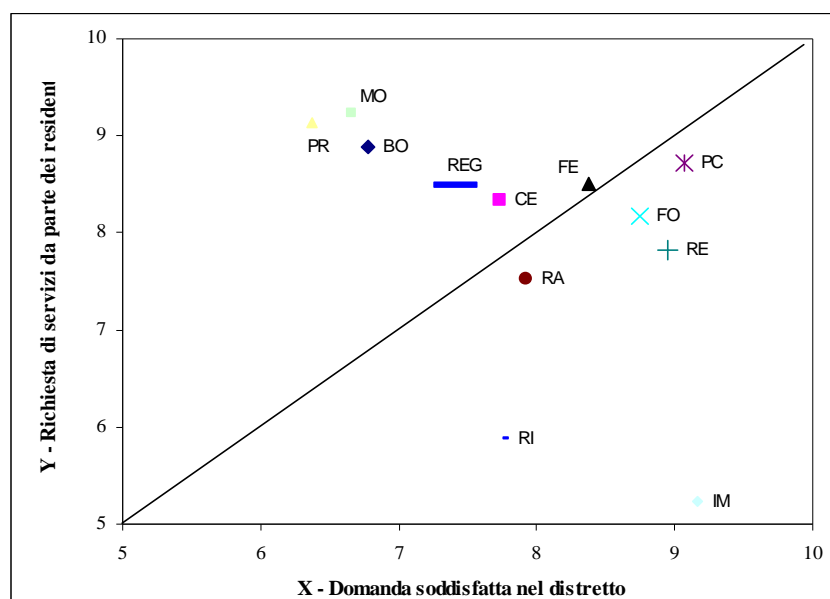
riferimento che si sono rivolti a strutture ospedaliere di un altro territorio, I indica il numero dei soggetti ricoverati residenti fuori dal territorio della struttura ospedaliera (immigrati).

Con $Rr+I$ (ricoveri di residenti + immigrati) indichiamo la domanda soddisfatta nelle strutture ospedaliere di riferimento e con $Rr+E$ (ricoveri di residenti + emigrati) misuriamo la quantità di domanda espressa dai residenti nel territorio. Per cui con $X=Rr/(Rr+I)*100$ descriviamo la domanda soddisfatta di ricoveri per tossicodipendenza dalle strutture ospedaliere del territorio e con $Y=Rr/(Rr+E)*100$ descriviamo la richiesta espressa dal territorio. Moltiplicando la popolazione residente per il rapporto Y/X si stima il bacino di utenza. Infatti un rapporto Y/X maggiore di 1 descrive una migrazione di soggetti da altri territori, se inferiore a 1 una emigrazione verso altri territori.

Anno 2005 - Analisi del bacino di utenza per provincia

Anno 2005	Ricoveri residenti	Ricoveri immigrati	Residenti ricoverati Fuori regione	Popolazione residente 15/64	Bacino di utenza
Bologna	805	337	102	609456	767364
Cesena	235	69	47	129511	139615
Ferrara	268	52	47	226542	230138
Forlì	196	28	44	115014	107346
Modena	754	379	62	436758	606430
Parma	615	350	58	269715	386738
Piacenza	524	54	77	175491	168775
Ravenna	282	74	93	235845	223896
Reggio Emilia	351	41	98	323862	282748
Rimini	114	33	80	192030	145507

Il bacino di utenza è sottostimato del 40% per Modena e Parma e del 30% per Bologna, mentre risulta sovrastimato per Ravenna, Rimini, Reggio Emilia e Forlì, i cui residenti ricorrono più frequentemente a strutture fuori provincia.



Come illustrato in precedenza, il rapporto tra la “richiesta espressa” e la “domanda soddisfatta” ci fornisce un indice dove il valore 1 significa sostanziale equilibrio, valori superiori un bacino di utenza più esteso rispetto alla popolazione residente, valori inferiori un ricorso elevato a strutture di altre territori.

Per quanto riguarda le singole province, nell'area romagnola si evidenzia un ricorso a strutture private di altre zone. Solo a Cesena si nota un maggior ricorso a strutture pubbliche dislocate nel proprio territorio per patologie collegate all'abuso.

L'area emiliana vede la concentrazione di strutture private nelle province di Modena e Parma che attraggono utenza di tutti i tipi dalle altre province e da altre regioni italiane.

L'area bolognese attrae utenza da altre province, soprattutto nelle strutture pubbliche e per patologie collegate a danni epatici.

Anno 2005 - Analisi del bacino di utenza: rapporto Richiesta espressa/Domanda soddisfatta per provincia

Anno 2005	Totale	Strutture Pubbliche	Strutture Private	Abuso	Dipendenza	Epatici
Piacenza	1.0	1.0	0.9	0.9	0.9	1.0
Parma	1.4	1.0	2.1	2.2	1.7	1.1
Reggio Emilia	0.9	1.0		0.8	0.8	0.9
Modena	1.4	1.2	2.1	1.4	1.6	1.2
Bologna	1.3	1.3	0.9	1.0	1.0	1.4
Ferrara	1.0	1.1	0.8	1.2	1.0	1.0
Cesena	1.1	1.1	0.9	1.4	0.8	1.1
Forlì	0.9	1.0	0.6	1.0	1.0	0.9
Ravenna	0.9	1.0	0.7	0.9	0.8	1.0
Rimini	0.8	0.7	0.8	0.4	0.5	1.0

2.6 Stima della prevalenza

Nel corso del 2005 almeno 9660 soggetti si sono rivolti a strutture pubbliche o private per problemi alcol correlati¹², la metà è stata ricoverata in un ospedale, il 49% erano utenti Ser.T., il 10.7% tossicodipendenti con abuso concomitante di alcol. I soggetti che sono stati sia in carico al Ser.T. che ricoverati in ospedale, o viceversa, sono il 9.1%¹³.

¹² Il file degli utenti Ser.T. è stato unito con quello dei dimessi dagli ospedali, si sono così ottenute tre variabili: i "comuni" (i soggetti sia in carico al Ser.T. che dimessi da un ospedale), i soggetti solo in carico ad un Ser.T. e gli "sconosciuti" (i dimessi da un ospedale che non sono stati presso un Ser.T.).

¹³ Per ogni soggetto le informazioni sono state riunite in un unico record ed aggiornate tenendo conto del dato più attendibile e di quello più recente. Le variabili disponibili erano: provincia del Ser.T. di presa in carico o ospedale di dimissione, sesso, data di nascita, luogo di nascita, nazionalità, nazione, provincia di residenza.

Anno 2005: numero soggetti con problemi alcol correlati per provincia di contatto con i servizi

	Bo	Ce	Fe	Fo	Mo	Pr	Pc	Ra	R.E.	Rm	Tot
Totale	1955	455	688	322	1718	1393	1104	717	704	604	9660
Alcolisti Ser.T.	1036	223	375	130	740	487	584	396	407	321	4699
TD Concomitanti	196	15	88	56	122	255	104	100		93	1029
Totale Utente Ser.T.	1232	238	463	186	862	742	688	496	407	414	5728
Ricoverati Ospedale	908	246	269	160	1094	763	495	288	346	243	4812
Comuni	185	29	44	24	238	112	79	67	49	53	880
Maschi	1470	322	487	244	1290	566	836	525	545	461	6746
Femmine	485	133	201	78	428	197	268	194	159	143	2286
Italiani	1781	409	655	309	996	681	1089	486	313	592	7311
Stranieri	174	46	23	11	98	61	15	85	32	12	557
Residenti	1724	395	648	140	1384	588	959	626	546	503	7513
Non residenti	227	56	40	182	330	122	145	71	16	101	1290

Per quanto riguarda il servizio di accesso, la percentuale più elevata di alcolisti in carico ai Ser.T. è nella provincia di Reggio Emilia, di tossicodipendenti con abuso concomitante di alcol e di ricoverati negli ospedali nella provincia di Parma, di soggetti sia seguiti dai Ser.T. che ricoverati negli ospedali nella provincia di Modena¹⁴.

Per quanto riguarda le caratteristiche socio economiche, la quota più elevata di femmine è nella provincia di Ferrara, di stranieri nella provincia di Ravenna, di non residenti nella provincia di Modena.

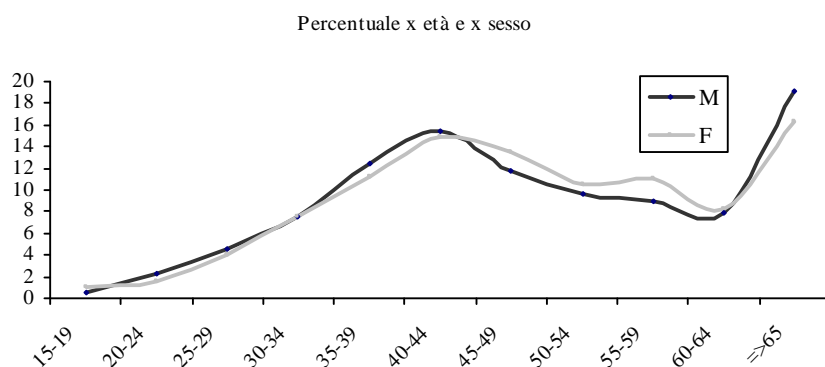
Anno 2005: soggetti con problemi alcol correlati - raffronti percentuali per tipologia e per provincia di contatto

▼	Bo	Ce	Fe	Fo	Mo	Pr	Pc	Ra	R.E.	Rm
Alcolisti Ser.T.	53.0	49.0	54.5	40.4	43.1	44.1	52.9	55.2	57.8	53.1
TD Concomitanti	10.0	3.3	12.8	17.4	7.1	23.1	9.4	13.9		15.4
Totale Utente Ser.T.	63.0	52.3	67.3	57.8	50.2	67.2	62.3	69.2	57.8	68.5
Ricoverati Ospedale	46.4	54.1	39.1	49.7	63.7	69.1	44.8	40.2	49.1	40.2
Comuni	9.5	6.4	6.4	7.5	13.9	10.1	7.2	9.3	7.0	8.8
Maschi	75.2	70.8	70.8	75.8	75.1	51.3	75.7	73.2	77.4	76.3
Femmine	24.8	29.2	29.2	24.2	24.9	17.8	24.3	27.1	22.6	23.7
Italiani	91.1	89.9	95.2	96.0	58.0	61.7	98.6	67.8	44.5	98.0
Stranieri	8.9	10.1	3.3	3.4	5.7	5.5	1.4	11.9	4.5	2.0
Residenti	88.2	86.8	94.2	43.5	80.6	53.3	86.9	87.3	77.6	83.3
Non residenti	11.6	12.3	5.8	56.5	19.2	8.8	13.1	9.9	2.3	16.7

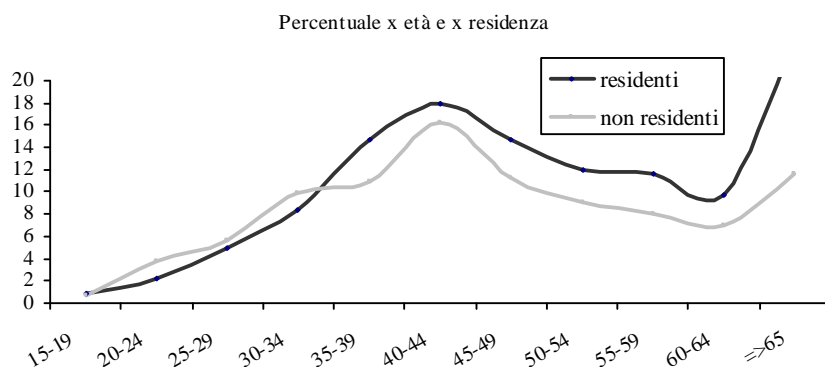
¹⁴ Per la provincia di Bologna, relativamente ai soggetti presi in carico dai Ser.T., erano disponibili i soli dati dell'area metropolitana, escluso Imola.

L'età media è di 49.2 anni, le femmine sono il 23.7%, i non residenti il 13.4%, gli stranieri il 5.8%.

Mentre l'età media è simile tra maschi e femmine e la distribuzione percentuale non differisce tra i due sessi nelle classi di età comprese tra 25 e 35 anni, si notano differenze tra gli utenti più giovani e tra quelli più anziani. Infatti vi è una quota maggiore di soggetti con meno di 20 anni tra le femmine e con più di 64 tra i maschi¹⁵.



I dimessi dagli ospedali sono mediamente più anziani rispetto agli alcolisti dei Ser.T., i tossicodipendenti con abuso concomitante di alcol sono mediamente più giovani, i “comuni” hanno un'età media simile a quella degli utenti Ser.T. Stranieri e non residenti sono mediamente più giovani rispetto a italiani e residenti. La percentuale di non residenti è maggiore tra i soggetti con meno di 30 anni.

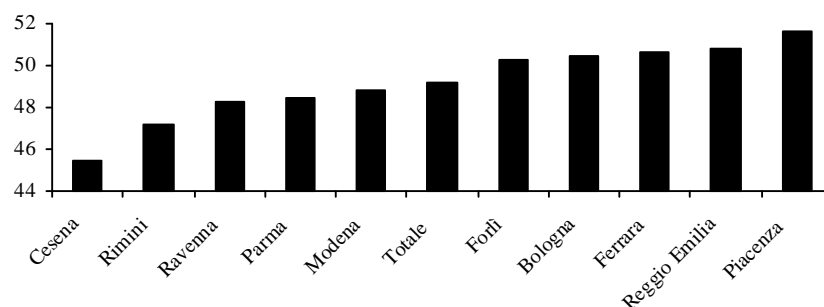


Per quanto riguarda la residenza, si evidenzia la differenza nord/sud già osservata relativamente all'analisi delle patologie di ricovero ospedaliero, dove si era trovata una associazione con una diversa valenza culturale dell'alcol,

¹⁵ Lo studio è stato condotto in “cieco”, per identificare i soggetti sono stati utilizzati sesso, città di nascita e data di nascita. Per validare il metodo è stato disegnato uno studio di riproducibilità.

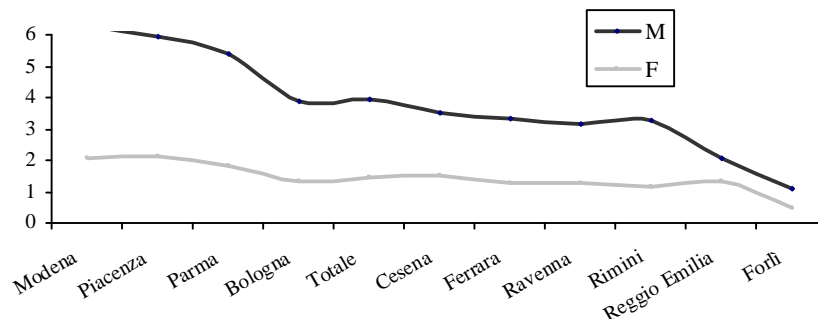
elementi tradizionali e stili di vita: i soggetti più anziani li troviamo nelle province di Piacenza, Reggio Emilia, Ferrara e Bologna, i più giovani a Cesena, Rimini e Ravenna.

Età media al ricovero x anno e x sesso



La prevalenza¹⁶ per mille residenti di età compresa tra 15 e 64 anni di età è di 3.96 tra i maschi e di 1.48 tra le femmine; considerando tutti i residenti senza limiti di età è di 3.13 tra i maschi e di 1.08 tra le femmine. Risulta più elevata, sia tra i maschi che tra le femmine, a Modena, Piacenza, Parma e Bologna e più bassa a Forlì, Reggio Emilia e Rimini.

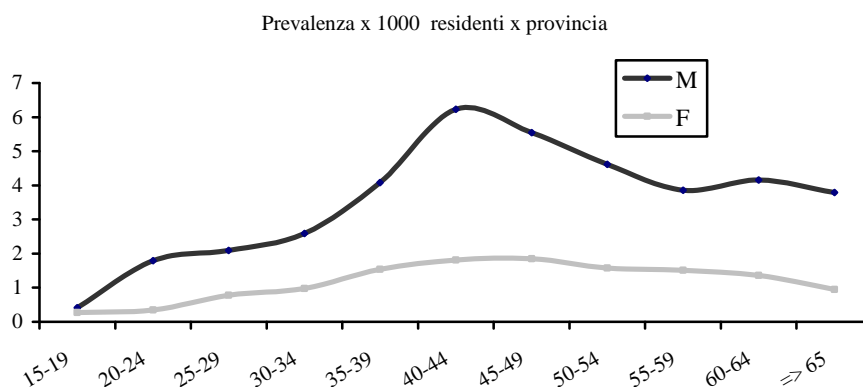
Prevalenza x 1000 residenti x provincia



Per quanto riguarda l'età, l'andamento è simile nei due sessi: la prevalenza aumenta sino a 44 anni tra i maschi per poi diminuire, aumenta sino a 49 anni tra le femmine per poi diminuire. Da rilevare, come riportato anche dalle indagini di popolazione sulla prevalenza di bevitori, che la differenza tra maschi

¹⁶ La prevalenza è esprimibile come la proporzione di casi presenti a un dato istante (x) o in un definito periodo $[t(1) - t(0)]$ nella popolazione in studio: $P(x) = C(x)/N(x)$ dove $P(x)$ denota la proporzione di casi in atto al tempo x, $C(x)$ denota il numero dei casi in atto al tempo x, $N(x)$ denota il numero dei soggetti presenti al tempo x. La stima della prevalenza trova applicazione in studi trasversali, con finalità soprattutto di pianificazione di servizi ovvero di formulazione di ipotesi eziologiche; in studi longitudinali eziologici, in cui non si possa misurare l'incidenza della malattia (per approfondimenti cfr. Rothman et al. 1998, pp. 42-5 e 75-6).

e femmine risulta meno accentuata al diminuire dell'età, soprattutto per i soggetti con meno di 20 anni.



Per la stima del sommerso è stato utilizzato il metodo “cattura/ricattura” a due fonti¹⁷.

Nel corso del 2005 nel territorio della regione Emilia Romagna si stima un numero di 29238¹⁸ soggetti con problemi alcol correlati, che oscilla da 27463 a 30838¹⁹. Se rapportiamo tale dato al numero dei soggetti seguiti dai Ser.T. abbiamo un indice di 5.5, il che significa che per ogni soggetto che accede al Ser.T. ve ne sono almeno altri quattro/cinque con problemi alcol correlati. Il rapporto conosciuti/sconosciuti risulta più elevato per i non residenti e per soggetti con più di 50 anni: in questa fascia di età molte persone hanno problemi specifici dovuti all'abuso o all'uso prolungato di alcol, ma come abbiamo visto più sopra, non considerano il Ser.T. un punto di riferimento e si rivolgono “tardi” a strutture ospedaliere in seguito all'insorgenza di problemi epatici o cardiaci. Per quanto riguarda i non residenti, si tratta in parte di un

¹⁷ La tecnica di cattura-ricattura è un metodo di campionamento utilizzato principalmente in campo biologico e nelle applicazioni demografiche. Originariamente sviluppati per stimare la dimensione di popolazioni animali quando non fosse possibile il semplice conteggio di tutti gli individui, i metodi di cattura-ricattura sono stati poi impiegati con successo anche nella stima dei tassi di sopravvivenza di animali selvatici e successivamente applicati alle popolazioni umane [Hook et al. 1995]. Il metodo è stato utilizzato a livello internazionale per la stima del numero oscuro dei tossicodipendenti [Hatnoll et al., 1985; Salvany 1997] e ha trovato applicazioni recenti anche in Italia sia per tossicodipendenti [Pavarin et al. 1998; Pavarin 2007] che per alcolisti [Corrao et al. 2000].

¹⁸ Il modello si basa sul livello di sovraesposizione per determinare il numero di casi non stimabili direttamente. Il corretto accertamento del numero di casi (N) può essere calcolato basandosi sul numero riportato dalle diverse fonti usando l'equazione: $N = [(M + 1) * (n + 1) / (m + 1)] - 1$

Dove N è la stima del numero di casi totali, M il numero dei casi “catturati” attraverso la fonte 1, n il numero di casi catturati attraverso la fonte 2, m il numero di casi catturati attraverso entrambe le fonti.

¹⁹ Gli intervalli di confidenza sono stati calcolati utilizzando la formula della varianza [Salvany 1997] $IC = N \pm (1.96 * S.E.)$ S.E. = rad. QuadVar

flusso da fuori regione attratto dalla “qualità” delle strutture ospedaliere, in parte da soggetti gravitanti nell’area metropolitana di Bologna per motivi di lavoro o in situazioni di grave disagio sociale.

Anno 2005: Stima numero oscuro soggetti con problemi alcol correlati Emilia Romagna

	Stima	Intervalli di Confidenza	Conosciuti/ Sconosciuti
Totale	29238	27643-30832	5.5
Maschi	21593	20209-22978	5.4
Femmine	7040	6321-7759	5.2
Residenti	21056	19670-22442	5.3
Non residenti	10248	6579-13916	16.9
Età <50 anni	10786	9876-11697	4.0
Età => 50 anni	11767	10528-13006	8.3

Il rapporto conosciuti/sconosciuti ci offre un’analisi sia della dimensione del fenomeno nel territorio, sia del grado di copertura che offre il Ser.T.: è più basso nelle province di Ravenna, Rimini e Modena e più elevato in quelle di Reggio Emilia e Cesena.

La stima della prevalenza suggerisce dimensioni del fenomeno più elevate nella provincia di Piacenza e nel cesenate.

Anno 2005: Stima numero oscuro soggetti con problemi alcol correlati x provincia

	Stima	I.C.	Conosciuti/ Sconosciuti	Stima della prevalenza per 1000 residenti
Ravenna	2111	1706-2516	4.3	7.2
Rimini	1874	1466-2282	4.5	7.3
Modena	3394	3081-3707	4.6	Nd
Bologna	6025	5315-6735	4.9	9.3
Ferrara	2783	2085-3481	6.0	11.2
Piacenza	4271	3470-5072	6.2	19.6
Forlì	1203	807-1599	6.5	8.5
Parma	3294	2805-3783	6.8	9.2
Reggio Emilia	2831	2157-3504	7.0	5.4
Cesena	2479	1360-2574	10.4	12.8

La composizione del sommerso varia da zona a zona: la presenza femminile è più elevata a Modena, Ferrara e Parma; vi è una quota elevata di residenti a Forlì, Reggio Emilia e Cesena; di non residenti a Bologna e Parma; di soggetti con meno di 50 anni a Reggio Emilia e Cesena; di soggetti più anziani a Cesena, Forlì e Rimini.

Anno 2005: Rapporto conosciuti/sconosciuti x provincia e x caratteristiche

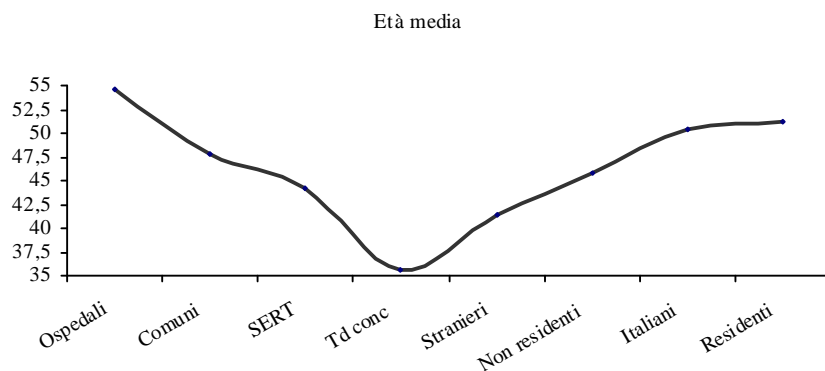
	Maschi	Femmine	Residenti	Non residenti	Età <50	Età ≥50
Bologna	5.5	3.7	4.5	19.5	3.1	7.2
Cesena	4.1	5.8	7.8	10.2	7.3	9.2
Ferrara	5.5	7.0	5.8	11.6		
Forlì	7.2	4.6	6.2	7.2	3.8	10.3
Modena	4.1	6.4				
Parma	6.2	8.7	5.9	20.6		9.0
Piacenza	6.4	5.5	5.9	11.1	4.0	8.7
Ravenna	4.4	3.7	3.7	10.6	3.2	5.2
Reggio Emilia	8.5	4.0	6.8	12.7	5.0	8.9
Rimini	5.6	2.9	3.9	10.2	2.3	12.4

2.7 Alcuni spunti di analisi

I dati raccolti evidenziano una prevalenza elevata del fenomeno (che in larga parte non emerge dal sommerso), differenze geografiche (che riguardano sia il nord/sud della regione che residenti/non residenti), etniche (italiani/stranieri), di genere e generazionali. Tali diversità riflettono aspetti specifici di un problema complesso e in continua evoluzione la cui lettura non può essere semplificata dentro analisi univariate. Ad esempio, le modificazioni in atto nell'uso di alcol tra le donne vanno interpretate in modo non disgiunto dai cambiamenti negli stili di consumo tra i giovani, dall'allentarsi delle reti tradizionali di controllo sulle giovani generazioni, dall'accentuarsi delle differenze tra aree urbane e comunità montane, dall'emergere di una società multietnica, e più in generale da tutto quello che riguarda i processi di emancipazione e la messa in discussione dei ruoli all'interno della famiglia e al lavoro.

Questi aspetti sono stati ampiamente trattati nei capitoli introduttivi, ma quello che sorprende è il forte influsso dei contesti culturali di riferimento, col permanere di modelli tradizionali in cui l'alcol appartiene a cultura e alimentazione, assieme all'emergere di nuovi significati attribuiti all'uso di alcolici, per molti versi simili e complementari a quelli di altre sostanze illegali.

Nella Regione Emilia Romagna vi sono almeno 9660 soggetti con problemi alcol correlati, il 13% non residenti, il 6% stranieri. L'età media è di 49.2 anni, le femmine sono il 24%, con una prevalenza stimata di 8.3 per mille residenti, più elevata tra i maschi ma simile tra i due sessi per età inferiori a 20 anni. I non residenti sono mediamente più giovani e risultano più numerosi sotto i 30 anni. L'età si abbassa man mano che si passa da ricoverati negli ospedali a tossicodipendenti con abuso concomitante di alcol, da residenti a stranieri.



Per ogni soggetto che accede al Ser.T. ve ne sono altri 4 con problemi alcol correlati e si stima un numero oscuro di almeno 30 mila persone, il triplo del flusso Ser.T./Ospedali.

La composizione del sommerso varia da zona a zona: per quanto riguarda l'Emilia, a Piacenza vi sono più soggetti anziani e non residenti, a Reggio Emilia una maggiore presenza di maschi e residenti, a Ferrara di femmine e residenti.

Nella Romagna, nel territorio di Cesena si stima una maggiore presenza di giovani e di donne, a Rimini una maggiore presenza di non residenti e di maschi, a Ravenna di giovani.

Nell'area metropolitana di Bologna la quota di sconosciuti è sotto la media regionale ed il sommerso è composto maggiormente da maschi, con età superiore a 50 anni, non residenti.

	Emilia	Bologna	Romagna
Non accede ai Ser.T. stima/utenti Ser.T.	Più elevata a Parma e Reggio E. più basso Modena	Sotto la media	Elevata Fo-CE. bassa Ravenna. Rimini
In base all'età Età ≥ 50/età < 50	Soggetti più anziani a Piacenza	Più elevata stima di soggetti anziani	Soggetti più giovani Cesena, Ravenna
In base al sesso maschi/femmine	Maggiore presenza maschile a Reggio Emilia, femminile a Ferrara	Più elevata stima di maschi	Maggiore presenza maschi Rimini femmine Cesena
In base alla residenza residenti/non residenti	più residenti Ferrara Reggio Emilia maggiore presenza non residenti Piacenza	Maggiore presenza di non residenti	Maggiore presenza non residenti Rimini

In regione si registra un flusso di utenza attivo che comporta un incremento del 10% sulla popolazione target. Tale incremento raddoppia per ricoveri dovuti ad abuso senza dipendenza.

Si evidenziano fenomeni di mobilità extra regionale verso le strutture pubbliche dell'area bolognese per danni epatici e verso strutture private di Parma e Modena per abuso e dipendenza.

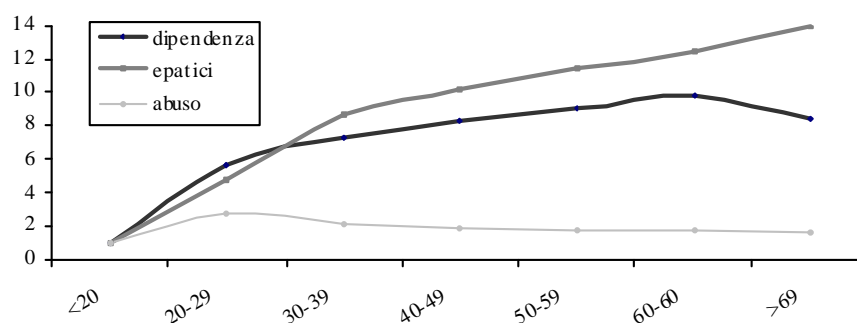
Vi è una accentuata mobilità verso strutture extra regionali private per abuso e dipendenza dalle province più a nord dell'Emilia e più a sud della Romagna.

Fuori regione	Emilia		Bologna	Romagna	Fuori regione
Strutture private Abuso/dipendenza	Piacenza ← Modena → Parma →		Fuori regione → Strutture pubbliche Danni epatici	Rimini → Ravenna →	Strutture private Abuso/dipendenza

Dal confronto di alcune caratteristiche dei soggetti e delle diagnosi principali di ricovero emergono alcuni spunti di analisi:

1. Mentre sembra in costante aumento nel tempo la probabilità di ricoveri per abuso, relativamente all'età si delineano tre profili tra loro diversi: la probabilità per i danni epatici aumenta con l'età, per dipendenza aumenta sino a 60 anni per poi diminuire, per abuso aumenta sino ai 30/39 anni per poi diminuire.
2. Se consideriamo anche il dato relativo ai ricoveri per incidenti stradali, la cui probabilità diminuisce al crescere dell'età, possiamo distinguere tre tipologie di soggetti con problematiche specifiche in relazione sia all'età che alla durata dell'uso di alcolici che a specifici stili di vita.

Probabilità di ricovero x diagnosi e età in classi: O.R.

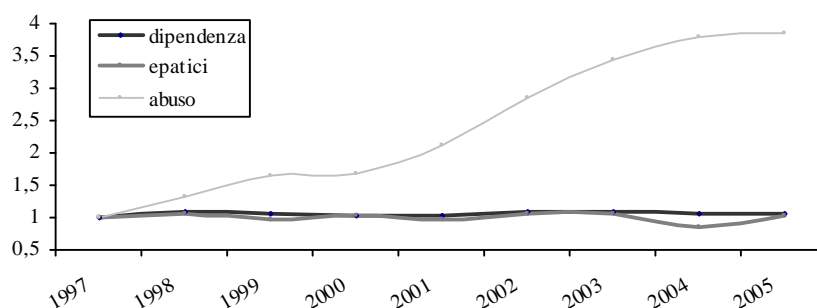


Infatti, mentre i soggetti con abuso senza dipendenza sembrano avere caratteristiche simili ai ricoverati per incidenti stradali, soprattutto in relazione al maggiore rischio per le femmine e all'andamento dell'età, ed in questi casi si può parlare sia di stili di vita che di comportamenti pericolosi, per quanto riguarda i danni epatici emerge la relazione con l'uso prolungato, frutto non solo di eccessi ma soprattutto di abitudini consolidate nel tempo e radicate nel territorio.

Il gruppo dei soggetti con ricoveri per dipendenza sembra invece a “metà strada” tra gli altri due, a significare come diversi stili di vita e tradizioni non necessariamente sfocino automaticamente in problematiche sanitarie senza il concorso di altri fattori socio ambientali, diversi da soggetto a soggetto.

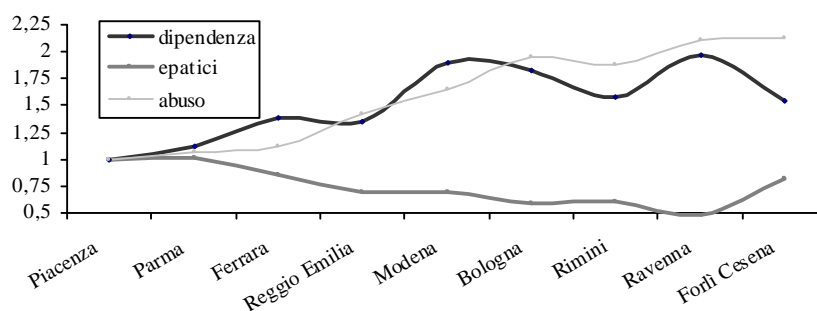
Le modificazioni in atto negli stili del bere si notano anche osservando l'andamento nel tempo della probabilità di ricovero per diagnosi, che risulta in diminuzione per i danni epatici, stabile per la dipendenza e in aumento per l'abuso.

Probabilità di ricovero x diagnosi e periodo: O.R.



Questa tipo di lettura trova ulteriori conferme da una analisi del fenomeno in chiave geografica, infatti man mano che ci spostiamo dal nord verso il sud della regione, cioè dalla provincia di Piacenza alle zone della Romagna passando per l'area metropolitana di Bologna, aumenta la probabilità di ricoveri per abuso e dipendenza e diminuisce quella per danni epatici. Questo dato molto probabilmente riflette problematiche tipiche delle varie aree, frutto non solo di diverse abitudini e tradizioni nell'uso/abuso degli alcolici radicate da tempo nel territorio, ma anche di diversi utilizzi delle bevande alcoliche e di diversi significati attribuiti a tale consumo.

Probabilità di ricovero x diagnosi e Provincia di residenza: O.R.



Tale analisi è confermata non solo dalla diversa distribuzione e diffusione del fenomeno, ma anche da specifiche caratteristiche dei soggetti. Mentre

l'Emilia si caratterizza per una maggiore prevalenza tra i residenti, una minore quota di stranieri e di donne, in Romagna si notano soggetti mediamente più giovani ed una maggiore presenza di non residenti, femmine e stranieri. L'area di Bologna comprende tutti gli elementi di complessità considerati, ed ha sia una prevalenza elevata tra i residenti che una presenza consistente di non residenti e stranieri.

	Emilia	Bologna	Romagna
Prevalenza	Mediamente più elevata	Elevata	Mediamente più bassa
Età media	Elevata Piacenza. Ferrara. Reggio E.	Elevata	Mediamente più giovani
% Femmine	Bassa Parma. elevata Ferrara	Nella media	Elevata Cesena Ravenna
% Non residenti	Alta Modena. bassa Ferrara Reggio E.	Elevata	Elevata Rimini
% Stranieri	Bassa Piacenza	Elevata	Alta Cesena Ravenna. Bassa Rimini

3. L'offerta di servizi in Emilia-Romagna

Di Antonio Mosti

3.1 L'offerta di servizi in ambito alcolico

Nel nostro Paese l'Alcologia, così come oggi la intendiamo, è una disciplina relativamente recente.

A dire il vero, già verso la metà del secolo scorso, durante la ricca stagione culturale che portò al superamento della concezione manicomiale dell'assistenza psichiatrica, nei reparti di alcuni ospedali psichiatrici italiani (allora luoghi elettivi di "accoglienza" delle persone con problemi legati all'abuso di alcol) venivano timidamente proposti approcci terapeutici che tentavano di uscire dalla logica meramente custodialista e di controllo sociale allora caratteristiche della "cura" dell'alcolismo.

Fino a quel periodo agli alcolisti "pericolosi per sé e per gli altri" veniva offerto un "rifugio" nei Reparti di Osservazione dei manicomi, dai quali entravano ed uscivano secondo il principio della "porta girevole", fino a quando la loro carriera glielo permetteva.

Per un certo numero di loro l'ospedale psichiatrico diveniva la casa in cui passare la vita¹.

Basaglia e i suoi collaboratori² tentarono di strutturare "comunità terapeutiche" ospedaliere per gli alcolisti, spostando l'attenzione sulle persone e "mettendo fra parentesi" la diagnosi che corrispondeva ad uno stigma sociale.

Fu quello il segnale di qualcosa stava cambiando, l'inizio di un processo che, se non si può certo dire concluso, ha però portato a considerare nuove prospettive sia sul piano culturale che in ambito scientifico.

Il superamento dei manicomi e la nascita dell'assistenza psichiatrica territoriale negli anni 1970-80, danno un forte impulso a nuove esperienze di presa in carico delle persone con problematiche alcol correlate.

Un percorso alcolico partecipato - Il decennio 1980-90 vede maturare sul territorio della regione Emilia Romagna un notevole interesse alcolico³.

¹ Frighi L. (1971), *Appunti di igiene mentale*, Rizzoli, Milano

² Basaglia F., Slavich A. (1966), *A proposito delle dinamiche di gruppo in una "comunità terapeutica". Il ruolo degli alcolisti.*, in "Giornale di psichiatria e neuropatologia." I, 93-103; Basaglia F., Pirella A., Casagrande D. (1967), *La scelta comunitaria come alternativa alla dipendenza alcoolica. Problemi metodologici in tema di psicoterapia istituzionale dell'alcolismo*, in "Rivista di Psichiatria", II(3), 173-185; Casagrande D. (1974), *Una contraddizione istituzionale: il reparto alcolisti*. In *L'istituzione negata*, Einaudi, Torino

Il patrimonio medico psichiatrico a cui tradizionalmente facevano riferimento gli strumenti terapeutico riabilitativi viene arricchito dalle esperienze culturali dei gruppi di auto mutuo aiuto (Alcolisti Anonimi, gruppi di familiari Al Anon, Club Alcolisti in Trattamento) che nascono nelle varie realtà locali, spesso promosse da singoli operatori dei Servizi che intravedono nell'approccio integrato, una possibile alternativa alle strategie terapeutiche consuete, spesso insufficienti a dare risposte articolate a problemi complessi come quello dell'alcolismo.

Gli stimoli provenienti dal territorio prendono forma nel Piano sanitario regionale 1990-1992 dove viene proposta in almeno un Settore Tossicodipendenze provinciale (i Ser.T. non costituiscono ancora un'entità autonoma) la sperimentazione delle funzioni di accoglienza ed orientamento terapeutico anche a soggetti alcol dipendenti, "da attuarsi in collaborazione con i Servizi psichiatrici ed Ospedalieri ed in accordo con i Soggetti non istituzionali operanti nel Settore".

La Regione Emilia-Romagna è tra le prime Regioni italiane ad anticipare con atti propri, gli orientamenti nazionali in ambito alcologico.

Infatti la grande attenzione del mondo culturale e politico alla diffusione delle sostanze stupefacenti illegali negli anni ottanta, fece sì che il D.P.R. 309/90 ponesse le basi per l'istituzione a livello nazionale di un sistema di intervento in particolare centrato sui problemi connessi all'uso di eroina.

L'atto di nascita dei Ser.T. si limitava tuttavia a citare l'alcol dipendenza genericamente come oggetto delle politiche sanitarie di indirizzo e coordinamento, delle azioni educative ed informative rivolte ai giovani, attribuendone le rispettive competenze al Ministero della Sanità, della Pubblica Istruzione e della Difesa.

Altrettanto genericamente la normativa in materia di tossicodipendenze riconosceva, per analogia alle dipendenze da sostanze illegali, l'alcol dipendenza quale motivo di possibile accesso ai trattamenti alternativi alla pena per reati non superiori ad una certa entità, lasciando comunque un vuoto notevole sia sul piano normativo che su quello di più chiare indicazioni operative.

Soltanto tre anni più tardi il D.M. Sanità del 3.8.93 affermava il principio di dare, a livello di ogni Azienda sanitaria una risposta istituzionale articolata nel senso della prevenzione, cura e riabilitazione in ambito alcologico, enfatizzando le metodologie integrate di tipo sanitario e psico-sociale che, come si è detto, già molti Servizi avevano pionieristicamente posto in essere utilizzando risorse proprie integrate con la ricca realtà del mondo del Volontariato, dell'Auto Mutuo Aiuto e del Privato Sociale che si era sviluppata in quegli anni.

Occorre attendere la "Conferenza nazionale sulle tossicodipendenze" di Napoli del marzo 1997 perché gli interventi sui problemi alcol correlati abbiano una legittimazione nell'ambito delle Dipendenze Patologiche.

³ Mosti A., Giuseppone A. R., Montanari L., Giannotti C.F. (1998), *L'attività alcologica in Emilia Romagna: un progetto nato "dal basso"*, in "Bollettino per le farmaco dipendenze e l'alcolismo", 1(s)

Ma già nel 1992 l'Ufficio Tossicodipendenze della Regione Emilia Romagna promuove la formazione di un gruppo di lavoro con la finalità di conoscere e descrivere le esperienze alcoliche sviluppatasi, spesso su base volontaristica, all'interno dei nuovi Servizi Tossicodipendenze.

Così da una prima verifica all'interno dei Ser.T. della regione, si evidenziò che 18 Servizi su 41 avevano differenziato l'offerta rivolgendosi anche all'utenza alcol dipendente, "inventando" spazi appropriati di accoglienza e proponendo percorsi terapeutici nei quali avevano un ruolo importante le attività psicoeducazionali di gruppo rivolte anche alle famiglie.

Il gruppo di lavoro prende altresì atto delle consolidate relazioni di collaborazione con alcune Divisioni Ospedaliere per il trattamento dei casi particolarmente complessi sul piano sanitario e delle reti di integrazione con i Gruppi di Volontariato presenti sul territorio regionale, nonché dell'avvio dei primi Programmi di Educazione Sanitaria in campo alcolico promossi direttamente dai Ser.T.

Sulla base di questa prima verifica viene elaborato il "Progetto regionale dei Ser.T. per gli interventi nell'alcol dipendenza" che prevede l'estensione della sperimentazione delle funzioni alcoliche, comprendendo iniziative di prevenzione oltre alla cura ed alla riabilitazione, enfatizzando l'integrazione con tutti i servizi pubblici ed il volontariato e sottolineando la necessità di strumenti di valutazione degli interventi e di ricerca epidemiologica.

Si costituisce formalmente nel 1993 il Gruppo Tecnico Regionale "area Alcolismo", con il compito di coordinare le iniziative alcoliche dei Ser.T., compresa la formazione, il collegamento con le Università, le Strutture Ospedaliere e le realtà di Auto Aiuto; in questo modo l'attività alcolica dei Ser.T. inizia a strutturarsi come funzione specifica nell'ambito delle Dipendenze Patologiche.

È lo stesso Gruppo Tecnico che propone la prima attività formativa alcolica regionale a cui partecipano oltre agli operatori dei Ser.T. anche operatori ospedalieri e del Privato Sociale.

Nel 1995 il "Progetto regionale tossicodipendenza"⁴ introduce il concetto di "Sistema dei Servizi" come strumento di intervento integrato territoriale (di cui fanno parte sia i Ser.T. che gli Enti Ausiliari che le Associazioni di Volontariato iscritte all'Albo regionale) e inserisce l'attività alcolica tra i compiti primari dei Ser.T. dell' Emilia Romagna.

Conseguentemente il Gruppo Tecnico Regionale elabora in collaborazione con le Università, le principali realtà ospedaliere ed i Gruppi di Auto Aiuto presenti sul territorio emiliano romagnolo, la proposta alla Giunta Regionale di una prima bozza delle "Linee di indirizzo per la prevenzione, cura e riabilitazione dell'alcolismo e dei problemi alcool correlati" che vengono nella loro forma definitiva licenziate come atto formale nel luglio 1996 anno in cui, contestualmente, inizia la valutazione sistematica dell'attività alcolica

⁴Regione Emilia Romagna. Dipartimento. Sicurezza Sociale Studi e Documentazioni (1993), *La memoria del divenire*, in "Atti del Seminario Regionale", 60; 63; 64

regionale che da allora costituisce, come è stato precedentemente ricordato, un settore in continua crescita e sviluppo.

3.2 Il modello d'intervento

In oltre dieci anni sia dal punto di vista operativo che culturale, è stato avviato un importante processo di confronto e di collaborazione tra servizi pubblici, privato sociale e volontariato, che ha portato al pieno riconoscimento della insostituibilità delle rispettive funzioni nel rispetto delle reciproche differenze.

Tale percorso di elaborazione ha altresì permesso di verificare gli strumenti di intervento e di adeguare le strategie ai nuovi bisogni emergenti, nonché a pianificare territorialmente le attività.

Tuttavia è possibile affermare che i presupposti fondamentali del progetto alcologico regionale del 1996 rimangono tuttora validi. In particolare vanno ribaditi i seguenti punti qualificanti:

- l'aver posto al centro dell'intervento la persona nella sua interezza con i suoi problemi e i suoi bisogni;
- la necessità di un approccio diagnostico-terapeutico multimodale basato sulla integrazione operativa di più competenze professionali;
- la centralità del territorio come ambito in cui si producono e si manifestano le problematiche alcol correlate e a cui occorre ricondurre le risposte sia in termini di prevenzione, cura e recupero sociale sia di coordinamento complessivo degli interventi sviluppando e rafforzando la rete dei servizi pubblici, del privato sociale e le risorse del volontariato.

Se poi si considera che oggi solo 300 operatori dei Ser.T. impegnati, per lo più parzialmente, in campo alcologico (contro i 250 del 1996) hanno in carico oltre 5000 pazienti (contro i poco più di 1500 del 1996), è legittimo affermare che l'attività del settore sta dimostrando la sua efficacia. Capillare ed in continuo sviluppo è poi la presenza del mondo dei gruppi di Auto Mutuo Aiuto (Alcolisti Anonimi, Gruppi familiari AlAnon e figli AlAteen, Club degli Alcolisti in Trattamento), nonché l'interesse degli Enti Ausiliari del Sistema dei Servizi, le Comunità Terapeutiche, che da qualche anno contribuiscono efficacemente a fornire segmenti di cura essenziali a rispondere al bisogno di residenzialità. Da una parte quindi si è assistito negli ultimi anni allo sviluppo di un'intensa attività territoriale e dall'altra, a livello istituzionale, veniva individuata all'interno del settore dipendenze patologiche un'area dedicata alle sostanze legali, in particolare alcol e tabacco, per lo studio e l'implementazione di programmi specifici e tra loro correlati. Si può notare come alcolismo e tabagismo abbiano in comune:

- aspetti socio-culturali legati agli stili di vita

- aspetti socio-economici
- pressione sociale nel determinare l'inizio, il mantenimento e le modalità di consumo e abuso
- funzione di "porta d'ingresso" verso altre sostanze psicoattive
- associazione con altri comportamenti a rischio
- necessità di differenziazione dell'accesso ai servizi rispetto alle sostanze illegali
- necessità di attenzione alla complessità dei fenomeni sotto i vari aspetti medico, psicologico, sociale e culturale
- necessità di strategia operativa basata sulla integrazione degli interventi.

Da questo è derivata l'idea di ipotizzare progetti sanitari aziendali che, in particolare per l'alcolologia, si articolino in diversi sottoprogetti tra loro coordinati:

1. Scuola e contesti giovanili
2. Luoghi Pubblici e di Lavoro
3. Prevenzione incidenti stradali
4. Medici di Medicina Generale
5. Ospedali e Servizi Sanitari
6. Cura e Riabilitazione

Nello specifico i primi quattro sottoprogetti hanno avuto un notevole impulso "centrale" essendosi sviluppati localmente come "gemmazione" di programmi regionali affidati nella realizzazione a differenti Ausl.

Scuola e contesti giovanili - L'Emilia-Romagna, in qualità di capofila ha coordinato il progetto "E sai cosa bevi" promosso dal Ministero della Salute e finanziato sul Fondo di lotta alla Droga, che si è articolato in due fasi (nelle annualità 1999-2001 e 2002-2004).

Nella prima fase è stato prodotto, a cura dell'Azienda Usl – Centro di Alcolgia del Ser.T. di Piacenza, lo strumento didattico "...E sai cosa bevi", sotto forma di kit multimediale. Il kit è stato pensato in modo sufficientemente flessibile da potere essere utilizzato sia in ambito scolastico (docenti e studenti) sia in altri contesti (scuole guida, luoghi di lavoro, formazione di operatori sociali e sanitari) proprio nell'ottica d'intervento di comunità raccomandato dall'OMS.

Nella seconda fase del progetto lo strumento è stato messo a disposizione delle otto Regioni partecipanti al progetto mediante seminari di formazione locali rivolti a docenti ed operatori sanitari. Si è puntato all'addestramento degli operatori ma soprattutto si è inteso promuovere, attraverso le varie formazioni regionali, la costituzione della rete locale delle collaborazioni, in particolare tra il mondo della scuola e dei servizi alcolologici territoriali, ma allargata ad Enti locali, Società scientifiche, Associazioni di auto aiuto, Forze dell'Ordine e alla società civile in generale.

Attualmente il progetto è in fase di ulteriore implementazione nella nostra regione, essendo stato adottato da numerosi Istituti scolastici, con il supporto tecnico organizzativo congiunto degli ex Provveditorati agli Studi (CSA) e dei centri alcologici aziendali dei Ser.T.

In particolare, nel territorio dell'Ausl di Reggio Emilia e in collaborazione con la sede locale della Lega Tumori, questo progetto si è arricchito di altre metodologie per stimolare la partecipazione dei giovani, come i laboratori di scrittura creativa e le esperienze espressive del "Playback Theatre" e del Teatro dell'Oppresso.

Dal 2007 la Regione è anche capofila del progetto triennale promosso dal Ministero della Salute e finanziato sul Fondo di lotta alla Droga: "Valutazione dei programmi scolastici di prevenzione dell'abuso di alcol e dei rischi alcol-correlati, per la costruzione di nuovi modelli di intervento che utilizzino i giovani come risorsa".

Tale progetto è stato affidato per la sua realizzazione all'Ausl di Piacenza in collaborazione con il Centro di riferimento regionale "Luoghi di prevenzione" di Reggio Emilia e si propone di operare una ricognizione degli strumenti e degli interventi di prevenzione prodotti finora a uso specifico delle scuole o comunque adatti alla fruizione giovanile in ambito scolastico, catalogando e categorizzando i punti di forza o di criticità ai vari livelli.

Attraverso una ricerca-azione itinerante e con l'utilizzo di strumenti partecipativi come laboratori, focus group e tecniche di animazione teatrali, gli operatori si propongono di:

- rilevare in maniera comparata conoscenze, informazioni, atteggiamenti e comportamenti relativi all'assunzione di bevande alcoliche in due campioni di popolazione, uno di insegnanti e uno di studenti;
- studiare in modo approfondito l'insieme di opinioni, credenze, condizionamenti e situazioni che inducono i giovani italiani ad abusare di bevande alcoliche;
- acquisire elementi che consentano di stimare l'impatto attribuibile al carattere legale e alla approvazione sociale del consumo di bevande alcoliche sui risultati e sulla efficacia dei programmi di prevenzione e in generale sui comportamenti. Sulla base delle conoscenze acquisite, anche attraverso l'analisi della letteratura internazionale oltre che la raccolta delle diverse esperienze italiane, il progetto prevede che venga costruito e sperimentato un modello di intervento in grado di coinvolgere i giovani in modo attivo nella gestione degli interventi preventivi nella scuola.

Sempre nel campo della prevenzione alcologica rivolta ai giovani, oltre alle azioni sviluppate nel contesto scolastico, si ricorda l'attività svolta dalle Aziende Usl attraverso le Unità di strada nei luoghi del divertimento e gli

interventi realizzati attraverso gli Spazi Giovani e i Centri Adolescenza, anche in collaborazione con gli Enti Locali.

Luoghi Pubblici e di Lavoro - Si è consolidata su base regionale l'implementazione del Progetto pilota "Alcol-lavoro", realizzato nel triennio 2001-2003 dall'Azienda Usl di Modena nei Distretti sanitari di Sassuolo e Pavullo insieme agli Enti locali dei rispettivi territori (14 Comuni coinvolti). Il Progetto pilota ha consentito di confermare come il luogo di lavoro può costituire un setting particolarmente favorevole per progetti, programmi e azioni di promozione della salute.

La trasmissione di conoscenze, la sensibilizzazione, la formazione, con l'obiettivo di produrre cambiamenti negli stili di vita dei lavoratori, sono strumenti idonei di prevenzione nei contesti lavorativi; gli interventi attuati si ripercuotono favorevolmente non solo nell'azienda ma anche nella vita familiare e sociale, moltiplicando i benefici delle azioni intraprese.

Il progetto persegue l'importante finalità di prevenire e ridurre le problematiche alcol correlate negli ambienti di lavoro, perseguendo, come obiettivi generali:

- Ridurre i consumi di bevande alcoliche nella popolazione occupata del territorio
- Sensibilizzare i lavoratori sulle problematiche alcol-correlate, nell'ottica di migliorare la qualità della vita riducendo i comportamenti a rischio
- Ridurre, attraverso la limitazione dei consumi alcolici, i rischi di infortuni sul lavoro, incidenti stradali e domestici e l'insorgere o l'aggravarsi di patologie alcol-correlate
- Favorire l'accesso dei cittadini lavoratori e dei loro familiari per la cura e la riabilitazione dei problemi alcol-correlati
- Favorire la conoscenza e l'applicazione della legislazione a riguardo negli ambienti di lavoro

Lo sviluppo territoriale del progetto ha comportato:

- la costituzione, in ogni Ausl
- che ha aderito al progetto, di una équipe multidisciplinare con il compito di realizzare e gestire gli interventi di prevenzione nelle aziende del territorio di riferimento
- la formazione degli operatori che hanno costituito le équipe di progetto
- Il supporto tecnico - professionale - scientifico da parte dell'Ausl capofila (compresa la fornitura di un kit operativo da utilizzare).
- lo sviluppo della fondamentale integrazione e collaborazione tra servizi Dipendenze Patologiche (Ser.T.) e Servizio Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro (SPSAL).

Prevenzione incidenti stradali - Con la Delibera di Giunta n. 1423/04 sono state fornite apposite "Linee d'indirizzo alle Aziende sanitarie della Regione Emilia-Romagna per la valutazione dell'idoneità alla guida dei soggetti segnalati per guida in stato di ebbrezza alcolica".

Le linee guida sono state il frutto del lavoro di un gruppo di operatori di diverse provenienze (Ser.T., Commissione Medica Locale, Sanità Pubblica, Medicina Legale...)

Le finalità che si intendono perseguire, nell'ottica del rafforzamento complessivo delle azioni previste dal Programma per la sicurezza stradale dell'Emilia-Romagna, sono quelle di:

- uniformare in ambito regionale le procedure adottate dalle Commissioni mediche locali nel formulare il giudizio di idoneità alla guida nei soggetti segnalati per guida in stato di ebbrezza alcolica;
- indicare le modalità tecnico-organizzative idonee a definire gli eventuali percorsi di approfondimento diagnostico nei soggetti segnalati, qualora presentino situazioni a maggior rischio e comunque elementi riconducibili a patologie alcol correlate;
- accrescere il valore preventivo dell'intero percorso di valutazione, intensificando i momenti di informazione/educazione finalizzati a indurre nei soggetti segnalati la modificazione del comportamento a rischio

Il Protocollo "Alcol e guida" prevede la presenza del medico alcologo all'interno della Commissione Medica Locale e il coinvolgimento dei Centri alcologici aziendali nell'attuazione dell'eventuale percorso di approfondimento diagnostico richiesto dalla Commissione. Tra gli elementi che giustificano l'approfondimento diagnostico vanno considerati in particolare: il livello di alcolemia riscontrato al momento dell'infrazione, le modalità del consumo alcolico, l'eventuale condizione di dipendenza alcolica, l'uso di altre sostanze psicoattive, la gravità dell'incidente, le precedenti sospensioni della patente, l'età, il recente conseguimento della patente, la categoria della patente, il tipo di attività lavorativa. Dal "Rapporto 2007 su consumo e dipendenze da sostanze in Emilia-Romagna"⁵ emerge chiaramente che

"I dati del 2006 relativi alle attività delle Commissioni Mediche Locali nelle diverse Province fanno registrare un marcato aumento del numero dei soggetti visitati (17.486) rispetto al precedente periodo 1 gennaio 2004 - 30 giugno 2005 (13.069). L'incremento testimonia le dimensioni e l'importanza del fenomeno, che va affrontato, evidentemente, non solo in termini sanzionatori ma anche, e soprattutto, preventivi".

⁵ Ferri M., Saponaro A., *Rapporto 2007 su consumo e dipendenze da sostanze in Emilia-Romagna*, Regione Emilia Romagna

Si ricorda, a tale proposito l'esperienza pilota dell'Azienda Usl di Modena che ha realizzato materiale informativo da consegnare ai neopatentati e agli utenti delle Commissioni mediche Locali (opuscolo "*Conta i bicchieri perché contano*")

L'Azienda Usl di Modena ha inoltre realizzato una formazione rivolta agli operatori dei Centri Alcolologici dei Servizi per le Dipendenze, al fine di avviare nell'anno 2007 la sperimentazione di gruppi infoeducativi rivolti ai guidatori segnalati dalla CML. Tali gruppi sono stati attivati anche nel territorio delle Aziende Usl di Rimini e di Bologna. È prevista, a partire dal 2008, l'estensione di queste esperienze all'intero ambito regionale.

Medici di Medicina Generale - È stato avviato nel 2007 un programma regionale di formazione e aggiornamento congiunto rivolto sia ai Medici di Medicina Generale Animatori di formazione che agli Operatori dei Centri Alcolologici delle Aziende Sanitarie con la finalità di promuovere competenze professionali specifiche ed integrate nella organizzazione e nella realizzazione di interventi di formazione per MMG rispetto al loro coinvolgimento nella attività di prevenzione e cura delle patologie alcol correlate.

In ambito locale molte realtà hanno attivato, negli anni, attività di formazione rivolte ai Medici di Famiglia.

La recente esperienza formativa realizzata si è proposta come l'inizio di un processo continuo di aggiornamento sulle tematiche alcol correlate e sui più idonei strumenti di governo clinico a disposizione del Medico di Medicina Generale.

Facendo così tesoro della ricchezza delle esperienze territoriali, che hanno saputo "inventare" modelli didattici originali, la formazione centralizzata a livello regionale ha perseguito i seguenti obiettivi :

- acquisire i contenuti del corso di formazione da riprodursi localmente
- acquisire competenze metodologiche e organizzative rispetto alla formazione locale
- acquisire competenze specifiche sul ruolo del Medico di famiglia relativamente alle modalità di Prevenzione delle patologie alcol correlate, agli strumenti informativi per l'avviso breve e personalizzato, i criteri e le modalità di invio alle strutture di secondo livello, gli strumenti clinici per la diagnosi precoce e il trattamento delle patologie alcol correlate.
- acquisire competenze per lavorare in rete con le altre professionalità coinvolte negli interventi prevenzione e cura delle patologie alcol correlate
- acquisire competenze di comunicazione ed informazione efficace per le famiglie con problemi alcol correlati

Ospedali e Servizi Sanitari, Cura e Riabilitazione - L'esperienza clinica e l'ampia letteratura scientifica indicano chiaramente come l'attuale concezione dell'abuso e della dipendenza alcolica e conseguentemente il loro trattamento siano orientate nel senso della complessità.

Superata finalmente la concezione moralistica che vedeva questa patologia come "vizio", la diagnosi di alcolismo è rientrata a pieno titolo nel giusto

ambito scientifico e gli approcci terapeutici si sono arricchiti e diversificati proponendo modelli trattamentali che prevedono l'integrazione di più professionalità interagenti su un unico caso.

L'Approccio Integrato o Multimodale adottato dai Ser.T. della regione è oggi infatti il riferimento metodologico a livello internazionale per quanti si occupano di patologie, come l'alcolismo, che trovano la loro origine contestuale nella sfera biologica e in quella psico-sociale.

D'altra parte la stessa composizione multidisciplinare dei Servizi territoriali come il Ser.T. in cui su una stessa problematica sono chiamati ad interagire medici, psicologi, assistenti sociali, infermieri, educatori professionali, testimonia l'affermazione di questa opzione culturale.

Territorialità ed integrazione professionale paiono essere quindi gli attuali cardini portanti di un intervento che voglia essere efficace anche in campo alcologico.

L'équipe alcologica territoriale, per le sue caratteristiche multiprofessionali si propone inoltre come strumento idoneo a garantire il collegamento tra il momento prettamente sanitario, frequentemente fase di primo contatto della persona con i Servizi, e i necessari interventi atti a garantire la continuità terapeutico riabilitativa, con il coinvolgimento delle famiglie e l'utilizzo delle risorse che il contesto sociale offre.

Superata la "fase acuta", nella quale si rende talora indispensabile il momento ospedaliero, è ormai acquisita la necessità di strutturare un programma terapeutico che integri i necessari presidi sanitari con gli strumenti di cura più tipici della psicologia clinica e della riabilitazione psicosociale.

Se può dirsi soddisfacente ed uniforme su tutto il territorio regionale l'applicazione di tale modello a livello ambulatoriale, alcune criticità emergono per quanto concerne il necessario intervento residenziale, sia esso di tipo ospedaliero per affrontare le fase acute di malattia, sia per quanto riguarda la delicatissima fase di riabilitazione alcologica, precedente alla riammissione del paziente sul suo territorio.

Attualmente si può affermare che, pur nelle diverse caratterizzazioni territoriali, l'attività clinica alcologica nei Ser.T. delle Ausl emiliano-romagnole si esplica attraverso:

- accettazione ambulatoriale dei pazienti e della loro famiglie
- consulenza specialistica su richiesta dei reparti ospedalieri in cui vengono ricoverati pazienti alcolisti e dei Medici di Base
- counselling a famiglie e singoli che ne facciano richiesta
- attività clinico-diagnostica attraverso valutazione psicologico-psichiatrica ed internistica, nonchè inquadramento delle problematiche socio-relazionali
- attività clinica di monitoraggio delle patologie alcol correlate in collaborazione con i Presidi Ospedalieri
- attività clinica di farmacoterapia per la disassuefazione, sia in regime ambulatoriale che di day service
- terapia psicologica

- attività di gruppo psicoeducazionale
- consulenza ai Gruppi di Autoaiuto che sul territorio si occupano del recupero degli alcolisti e delle loro famiglie, in particolare Club Alcolisti in Trattamento, Alcolisti Anonimi e gruppi familiari AlAnon con cui vi sono consolidati rapporti di collaborazione.

Accanto a ciò si sono sviluppate attività più propriamente socio-riabilitative (come programmi di risocializzazione anche attraverso l'attivazione di borse lavoro) quali parti essenziali di un programma terapeutico inevitabilmente complesso come quello alcologico.

3.3 Un'ipotesi di Percorso Alcologico Aziendale

Recentemente un atto formale della Giunta Regionale (Del. 698 del 19.05.2008) definisce gli obiettivi del "PROGRAMMA REGIONALE DIPENDENZE PATOLOGICHE" (P.R.D.P.), per il triennio 2008-2010.

Il P.R.D.P., nello specifico alcologico, attribuisce alla Ausl precise funzioni tra cui l'attivazione di accessi differenziati ai servizi per i soggetti afferenti per problematiche legate all'alcol, nonché, oltre all'obiettivo di migliorare la collaborazione con i medici generali per la cogestione del paziente in carico, la stima del fabbisogno e l'offerta disponibile sul territorio di strutture di ricovero ospedaliero e di strutture riabilitative per alcolisti ai fini della programmazione regionale.

Alcune Aziende, tra cui quella di Piacenza, da tempo hanno ipotizzato un percorso alcologico che coinvolga trasversalmente i settori sociosanitari che a diverso titolo sono coinvolti nel trattamento dei problemi alcol correlati e nella riabilitazione alcologica.

Come precedentemente riferito, l'attività di cura ambulatoriale e/o semiresidenziale sembra aver raggiunto livelli di qualità assolutamente soddisfacenti su tutto il territorio regionale, tanto che in diverse realtà la gestione clinica del paziente alcol dipendente è stata ricompresa tra le procedure offerte dai Ser.T. accreditati⁶.

Migliorabile appare la rete di momenti di cura e riabilitazione residenziale. Nell'ipotesi di percorso alcologico aziendale l'intervento residenziale viene articolato in tre momenti fondamentali.

Le esigenze cliniche suggeriscono infatti che vi debbano essere attività ad ALTA INTENSITA' SANITARIA da svolgersi in reparti ospedalieri o in case di cura accreditate, che rispondono agli aspetti di acuzie sanitaria quali intossicazione acuta complicata, sindrome astinenziale complicata oppure emergenze di monitoraggio di patologie alcol correlate in condizioni di scompenso.

⁶ Buono M., Braghieri E., Mosti A., *La presa in carico del paziente alcol dipendente: Una Procedura Organizzativa*. In corso di stampa

Tali situazioni di cura risponderebbero a quanto previsto dall'Art. 10. della Legge Caccavari sull'alcol (125/2001) che recita: *“Il trattamento dei soggetti con problemi e patologie alcol correlati è svolto nelle apposite unità operative collocate presso le aziende ospedaliere e le strutture sanitarie pubbliche e private appositamente accreditate...”*

Superata la fase acuta e stabilizzata la persona, può rendersi necessario un periodo di riabilitazione alcolologica intensiva che fornisca al paziente gli strumenti essenziali per prepararsi ad un programma ambulatoriale nel proprio territorio.

Durante questo trattamento residenziale breve (quattro settimane come previsto dalla citata legge all'art.11 (Strutture di accoglienza) sarà possibile effettuare un programma di assessment funzionale nonché di attività psicoeducazionale con l'acquisizione di abilità atte a fronteggiare la ricaduta.

Candidate a questa funzione che definiamo ad ALTA INTENSITÀ PSICO RIABILITATIVA potrebbero essere alcune strutture che nel tempo si sono specializzate nella riabilitazione psicofisica, con personale appositamente formato, nonché alcuni Enti Ausiliari accreditati che in questi ultimi anni hanno saputo specializzare sempre più la propria attività, offrendo opportunità di intervento elastiche e qualificate.

L'acquisita competenza nel differenziare i propri percorsi sembra essere particolarmente utile in campo alcolologico dal momento che nuovi stili d'uso dell'alcol⁷, sia come sostanza primaria che come sostanza abbinata in particolare alla cocaina, impongono nuove strategie di intervento.

Per una quota di pazienti tuttavia vi è la necessità di un intervento residenziale non troppo caratterizzato dal punto di vista sanitario e psicologico, ma piuttosto da un' ALTA INTENSITÀ SOCIO EDUCATIVA, per la acquisizione di abilità di base, di riappropriazione delle capacità relazionali e sociali.

Il Sistema dei Servizi ed in particolare gli Enti Ausiliari con le capacità psicopedagogiche acquisite in oltre vent'anni di esperienza, sembrano poter fornire situazioni terapeutiche adeguate allo scopo. (Lo schema che segue mostra un quadro sinottico del l'ipotesi).

È evidente che l'attuazione del modello organizzativo esposto permetterebbe di assolvere alle indicazioni nazionali circa l'offerta di servizi alcolologici.

Anche soltanto una razionalizzazione territoriale che tenesse conto delle diverse esigenze e sapesse ottimizzare le risorse attraverso una programmazione oculata, sarebbe in grado di offrire una gamma d'interventi alcolologici atti a rispondere efficacemente alle esigenze dei pazienti e dei Servizi territoriali.

⁷ Cottino A., Prina F. (1997), *Il bere giovane*, FrancoAngeli, Milano

3.4 Alcune considerazioni

Caratteristica fondamentale e significativa del percorso istituzionale è stata la partecipazione diretta degli operatori alla programmazione e progettazione degli interventi alcolologici.

Ogni documento programmatico è infatti il risultato dell'elaborazione comune delle esperienze maturate sul campo.

Ciò ha permesso di ridurre lo scarto tra i bisogni espressi dai cittadini e le speranze/aspirazioni degli operatori.

Spesso accade infatti che vengano proposti modelli di intervento troppo distanti da una reale analisi del territorio, perfetti sul piano metodologico, ma inadeguati all'applicazione concreta.

Per questo si è puntato alla necessaria mediazione tra "ideale" e "realisticamente adeguato".

La coesistenza di figure professionali multidisciplinari anche non consuete in ambiente sanitario ed una cultura di integrazione sulla quale i Ser.T. fondano il proprio operare e per la quale molto viene investito in termini di formazione, permettono di proporre questi servizi come il luogo in cui poter accogliere la complessità delle problematiche legate all'alcolismo. I concetti di Rete di Intervento, di multimodalità, di collaborazione tra diversi attori pubblici, privati e volontari e mondo dell'auto mutuo aiuto, congiuntamente all'acquisito realismo circa le proprie possibilità terapeutiche, fanno ormai parte integrante del "pensare" e del "fare" degli operatori del Ser.T.

D'altro canto niente come il contatto quotidiano con i pazienti e con i loro familiari ci ha insegnato quanto sia necessario adeguare duttilmente i nostri strumenti alla variabilità dei processi collegati agli stati di Dipendenza Patologica e quanto sia indispensabile attuare, accanto ad interventi diretti all'utenza, interventi di "connessione" con le risorse del territorio. Da qui la scelta di creare nuovi "contesti terapeutici" fruibili dalla più ampia fascia possibile di popolazione. Contesti di incontro tra le persone portatrici di problematiche alcol correlate ed esperti terapeuti nei quali si possa trovare una strada percorribile, la più opportuna per quella persona ed in quel momento.

Contesti in cui dalla negoziazione di obiettivi comuni, terapeuti e pazienti definiscano un programma condiviso, nel quale la passività che deriva dal delegare a qualcuno la soluzione dei propri problemi possa lasciare il posto al protagonismo di chi è artefice del proprio processo di cambiamento.

4. L'area metropolitana di Bologna

A cura di *Silvia Marani**

4.1 Analisi del territorio

L'Area Metropolitana di Bologna (AM) è costituita da 50 comuni organizzati in 6 distretti sanitari. I territori distrettuali sono tra loro distinguibili per la particolare ubicazione geografica: si passa da un Distretto prettamente urbano, Bologna Città, ai Distretti di Pianura – Est ed Ovest – ai collinari – Casalecchio di Reno e San Lazzaro di Savena. Il Distretto di Porretta Terme si caratterizza per l'alta percentuale di territorio montagnoso. Nel 2005, la popolazione dell'AM ammonta a 824.502 residenti (52% femmine) e rappresenta l'87% della popolazione provinciale. Rispetto al 2004 si è registrato un incremento pari a 0.52 % unità, il Distretto di Bologna Città è l'unico che riporta una diminuzione, mentre i Distretti di Pianura Est e Pianura Ovest registrano incrementi superiori all'1%. L'aumento della popolazione è imputabile al positivo saldo migratorio (+7.011 residenti nel 2005) che compensa ampiamente il saldo naturale ancora negativo (-2.432 residenti nel 2005). Nel 2005 i grandi anziani (80 anni e più) e i giovani rappresentano il 7% e il 12% della popolazione e hanno avuto un incremento rispetto al 2004; è invece diminuita la classe di età 15-39 che rappresenta il 29.5 del totale dei residenti. Gran parte della popolazione residente vive in collina (65.9%), dove si colloca anche la Città di Bologna che da sola rappresenta il 45% di tutti i residenti., la restante quota di residenti si distribuisce tra la pianura (27.6%) e la montagna (6.5%).

La popolazione di stranieri residenti è pari al 6.7% dell'intera popolazione e ha caratteristiche decisamente differenti, in particolare è più consistente nelle fasce di età centrali, che incidono fondamentalmente sulla fecondità e sull'attività lavorativa. Più della metà degli stranieri risiede nel Distretto Città di Bologna, che presenta una maggioranza di immigrati provenienti dalle Filippine (12%), mentre nell'intero territorio è prevalente la nazionalità marocchina (18%).

Per la cura dell'alcol, nell'AM operano diversi servizi che non sono nati da un disegno organico, ma da iniziative istituzionali, pubbliche e private, che sono impegnate in un processo di reciproca conoscenza e integrazione fortemente voluto e sostenuto dalle Aziende Sanitarie del territorio. È possibile individuare

* Ha collaborato *Arfedele DelRe*, medico psichiatra, Ser.T., Azienda Usl di Bologna

nell'AM quattro tipologie di servizi di cura per le alcol dipendenze: presidi ambulatoriali, presidi ospedalieri, auto-aiuto e privato sociale.

I presidi ambulatoriali sono rappresentati dalla rete Ser.T. che suddivide l'intera AM in specifici territori di competenza. L'Area Funzionale Ser.T. si articola in due Unità Operative Complesse, l'UOC Area Centro, corrispondente al territorio del Distretto Città di Bologna; e l'UOC Area Nord che corrisponde al territorio del Distretto di Pianura Est e del Distretto di Pianura Ovest; e in due Unità Operative Semplici Dipartimentali: Area Sud che corrisponde al territorio dei Distretti di Casalecchio di Reno e di Porretta Terme e Area Sud corrispondente al territorio del Distretto di San Lazzaro di Savena. I territori su cui sono dislocate le Unità Operative hanno caratteristiche molto diverse dal punto di vista geografico e socio-culturale, per cui le équipes di lavoro hanno modalità operative diverse che rispondono alle diverse caratteristiche della domanda ai servizi. Dove formalmente costituita, l'équipe alcologica impiega professionalità proprie oppure risorse condivise con il Ser.T. di appartenenza; viceversa nei Ser.T. dove non è esplicitata un'équipe alcologica, le risorse della struttura si occupano, al pari di altre tipologie di utenza, della gestione e della cura dell'utenza alcol dipendente.

I presidi ospedalieri sono rappresentati dal Centro di Tossicologia all'interno dell'Unità Operativa di Medicina d'Urgenza dell'Ospedale Maggiore e dal Centro Fontana dell'Unità Operativa di Semeiotica Medica del Policlinico Sant'Orsola-Malpighi e dell'Alma Mater Studiorum. Questi servizi svolgono un'attività di cura sovra-distrettuale sia ambulatoriale che di ricovero nell'accoglienza e nel trattamento di soggetti con problemi alcol-correlati. I gruppi di Auto-Aiuto sono rappresentati dagli Alcolisti Anonimi e dai CAT (Club di Alcolisti in Trattamento) entrambi presenti in modo capillare sul territorio dell'AM. Nel privato sociale, le strutture terapeutiche Il Pettiroso, Il Quadrifoglio, Casa Gianni, La Sorgente hanno organizzato nelle proprie comunità un modulo specifico per queste problematiche, mentre Padre Marella di Pieve di Cento accoglie quasi esclusivamente soggetti alcol dipendenti.

4.2 I soggetti con problemi alcol correlati

Nel corso del 2006 sono stati contattati dai servizi del territorio bolognese – Ser.T., case di cura e ospedali, servizi a bassa soglia di accesso del Comune di Bologna – 2.463 soggetti per problemi alcol correlati; di questi 162 sono entrati in contatto con i servizi a bassa soglia del comune di Bologna, 1.063 si sono rivolti ai Ser.T., 221 sono tossicodipendenti con abuso concomitante di alcol, 931 sono stati ricoverati per patologie alcol-correlate. L'età media è di 49 anni, il 72% sono maschi, il 12% stranieri. Il 42% era residente nella città di Bologna, il 43% in altri paesi della provincia, il 3% nella regione Emilia Romagna, il 9% fuori regione, il 2% all'estero, lo 0.3% era senza fissa dimora. La popolazione residente del Distretto Città di Bologna è maggiore rispetto a quella dei singoli Distretti, mentre le quote di soggetti alcolisti residenti nella Città di Bologna e

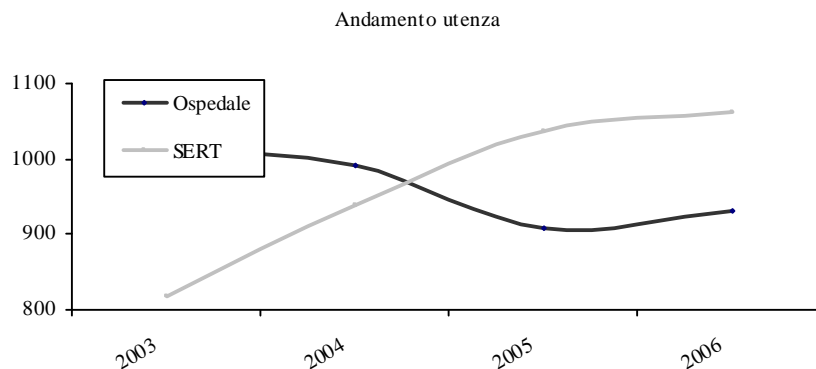
nei singoli distretti sono simili: è ipotizzabile che nella zona urbana il fenomeno alcolismo sia più voluminoso e che l'ampiezza del sommerso sia maggiore rispetto agli altri distretti.

Relativamente all'AM, il 42.2% dei soggetti era residente in Bologna Città, il 12.9% nel Distretto Pianura Est, 11% Casalecchio di Reno, 7.3% Porretta Terme, 6.5% San Lazzaro di Savena, 4.3% Pianura Ovest. Rispetto agli anni precedenti aumenta il numero di femmine, di stranieri, di residenti a Bologna e in provincia, in particolare nei distretti Pianura Ovest e Casalecchio di Reno. È stabile l'età media, mentre sono in calo i non residenti.

Il 52% era in cura presso un Ser.T., il 38% è stato dimesso da un ospedale per patologie alcol correlate, il 9% erano tossicodipendenti o ex tossicodipendenti con abuso concomitante di alcol, il 7% soggetti contattati dai servizi a bassa soglia del Comune di Bologna. Tra i soggetti già in carico nel 2005 presso i servizi monitorati, sono in aumento l'età media, il numero di utenti Ser.T. e di residenti in AM.

Rispetto agli anni precedenti sono in aumento gli utenti Ser.T., calano invece sia la quota di ricoveri ospedalieri che di ospiti negli Asili. La diminuzione dei ricoveri ospedalieri per problemi alcol-correlati che si accompagna all'ampliamento delle attività di cura verso i soggetti alcolisti da parte del Ser.T., suggeriscono una correlazione virtuosa tra i due fenomeni. Risulta in calo il numero di nuovi contatti, soprattutto tra i dimessi dagli ospedali e tra i non residenti. Tra i soggetti "persi" - ovvero la quota di soggetti che era stata ai servizi nel 2005 e che nel corso del 2006 non si è mai rivolta ad alcun tipo di servizio - il 18% era stato in carico al Ser.T., il 57% era stato dimesso da un ospedale e il 20% non era residente. L'analisi dei nuovi contatti e dei soggetti persi rispetto agli anni precedenti permette di valutare la capacità del servizio di ritenere in cura gli utenti.

Il numero dei soggetti dell'Area Disagio è in leggero calo rispetto agli anni precedenti, il 74% riguarda nuovi contatti. Occorre precisare che i servizi comunali afferenti all'Area Disagio hanno subito nel corso dell'anno una forte ristrutturazione che ha necessariamente portato ad una diminuzione del numero di accessi e ad una variazione della tipologia di utenti. La ritenzione in trattamento dell'utente in strutture comunali è subordinata all'esistenza di un progetto attivo svolto dai servizi. Le femmine sono l'11%, gli stranieri il 18%, i non residenti il 50%, i senza fissa dimora il 4%. Rispetto al 2005 è in aumento la percentuale di stranieri e di non residenti; è in calo la percentuale di femmine e senza fissa dimora.



Aumenta il numero di utenti Ser.T. Tra questi ultimi il 17% riguarda nuovi contatti, le femmine sono il 29%, gli stranieri sono il 12%, i non residenti il 10%. Rispetto al 2005 aumentano le percentuali di femmine e di stranieri. I tossicodipendenti con abuso concomitante di alcol sono in tendenziale aumento, il 34% riguarda nuovi contatti. La quota di nuovi contatti sembra rappresentare due tipologie di soggetti già in carico ai Ser.T. da anni:

1. soggetti in trattamento con metadone per dipendenza da eroina che iniziano a presentare un uso costante ed eccessivo dell'alcol in parallelo o in alternativa al metadone oppure insieme alla cocaina nella ricerca di sensazioni forti
2. soggetti che riescono a sospendere l'uso di eroina ed eventualmente anche di metadone, che presentano un forte e persistente bisogno di alimentare una propria dipendenza, probabilmente non tanto verso una specifica sostanza, ma verso uno specifico comportamento

Questi fenomeni accompagnano una strategia di cura dei servizi pubblici territoriali che privilegia il trattamento dell'utente con farmaci agonisti rispetto ad un percorso terapeutico che si occupi primariamente del superamento della dipendenza, come avviene per gli utenti inseriti in comunità. Tale strategia di trattamento basata sui farmaci ha il merito di agganciare al servizio e in qualche modo "tenere in vita", un target molto vasto di utenti, tuttavia contemporaneamente ha il limite di non offrire loro prospettive evolutive. Molti utenti pertanto tendono a "spostare" il proprio comportamento verso dipendenze che siano più sostenibili o più allettanti.

Le femmine sono il 12%, gli stranieri il 13%, i non residenti il 23%. Rispetto al 2005 aumentano le percentuali di femmine e di non residenti. I soggetti ristretti in carcere sono una quota limitata ma costante nel tempo, il 6% sono femmine, il 47% stranieri, il 73% non è residente, il 59% riguarda nuovi contatti.

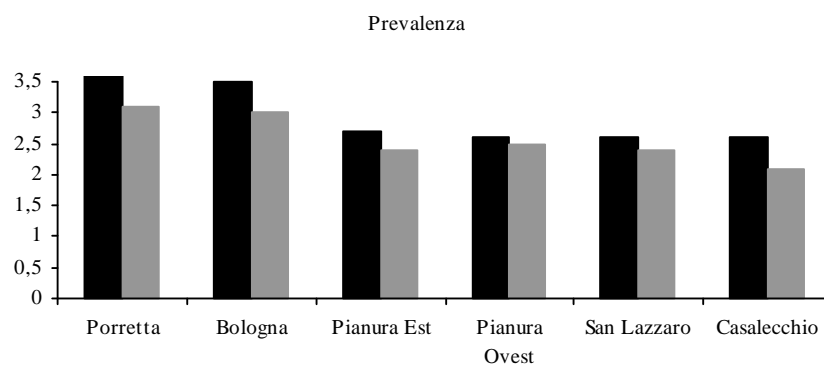
Un soggetto può essere entrato in contatto con più strutture nel corso dello stesso periodo. Più della metà degli utenti Ser.T. è in carico almeno dal 2003; il 14% è stato ricoverato all'Ospedale nel 2006, il 24% nel 2005, il 10% nel 2004, il 13% nel 2003. Un terzo degli utenti degli Asili è in struttura almeno dal 2003; nel 2006 il 38% è stato in carico ad un Ser.T., il 19% è stato ricoverato all'Ospedale. Il 17% dei ricoveri ospedalieri riguarda utenti Ser.T., almeno un soggetto su quattro era già stato ricoverato negli anni precedenti.

Percorsi utenti anno 2006 e anni precedenti

►	Ser.T.06	Dis06	Osp06	Ser.T.05	Dis05	Osp05
Ser.T.	100	58.9	16.5	75.5	3.1	13.6
Disagio	3.3	100	2	16	15.4	10.5
Ospedale	12	26	100	13.5	1.3	24.2
►	Ser.T.04	Dis04	Osp04	Ser.T.03	Dis03	Osp03
Ser.T.	58.7	2.8	8.9	44.6	1.9	9.4
Disagio	12.3	11.7	5.6	6.8	6.8	6.2
Ospedale	12.2	1	9.8	10	0.8	12.6

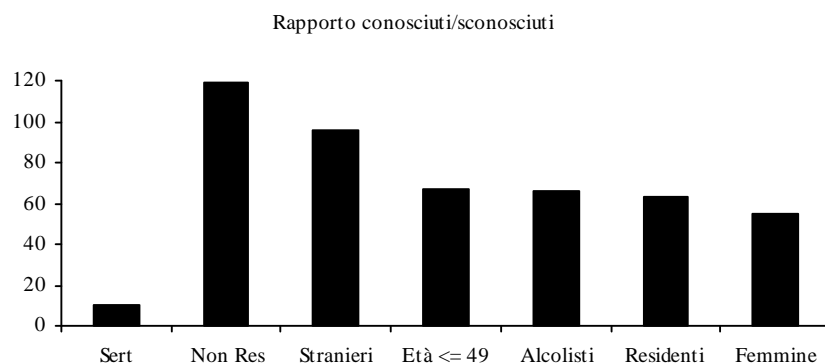
4.3 La prevalenza nel territorio

Relativamente alla popolazione residente di età compresa tra 15 e 65 anni aumenta la prevalenza di soggetti con problemi alcol correlati, sia tra i maschi che tra le femmine. Tale dato è 4.4 per mille residenti tra i maschi e 1.8 tra le femmine.



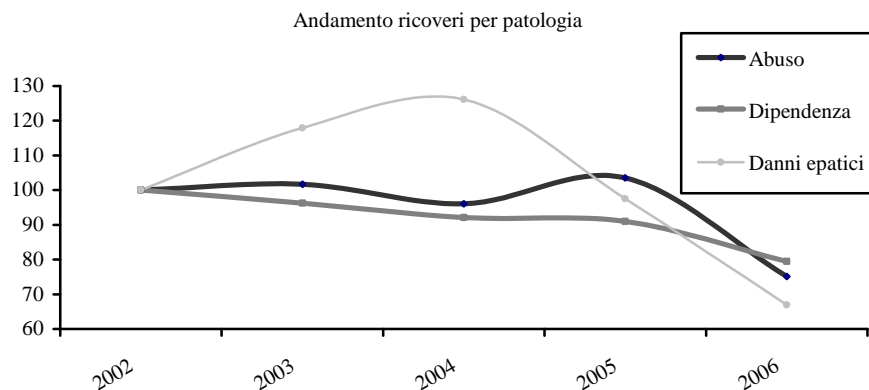
In particolare, si segnalano i comuni di Lizzano in Belvedere (10.2), Grizzana Morandi (7.0) e Bazzano (5.9) per l'alta prevalenza e i comuni di Anzola dell'Emilia (1.1), Bentivoglio (1.3) e Sasso Marconi (1.4) per la bassa prevalenza.

Complessivamente 1.063 soggetti si sono rivolti a servizi Ser.T. per problemi di alcol-dipendenza, 931 agli Ospedali, i soggetti comuni ad entrambi i servizi sono 140 (7.6%). Rispetto agli anni precedenti, è in aumento il numero dei soggetti comuni. Si stimano 7.032 soggetti con problemi alcol correlati, numero che oscilla da 6.039 a 8.025 unità. Rispetto agli anni precedenti, la stima è in aumento per i residenti (5.977 soggetti) e per gli stranieri (1.196 soggetti) e in calo per i non residenti italiani (1.221 soggetti). Si ritiene vi siano, nel territorio dell'AM, almeno 66 soggetti con problemi alcol correlati ogni 10 che si rivolgono ad un Ser.T., come viene mostrato nel grafico successivo dove sono riportate anche le quote dei potenziali soggetti non noti ai servizi per caratteristiche socio-demografiche.



Il numero di soggetti dimessi dagli ospedali è in leggero aumento (da 908 nel 2005 a 931 nel 2006), il 62% riguarda nuovi contatti. Le femmine sono il 27%, gli stranieri il 10%, i non residenti il 10%. Rispetto al 2005 è in aumento sia la percentuale di femmine che di stranieri, mentre è in calo la quota dei non residenti. A partire dal 2000 è in diminuzione sia il numero di ricoveri che di soggetti ricoverati. La durata media di una degenza è di circa 17 giorni, 20 per danni epatici, 13 per dipendenza, 15 per abuso.

Nel corso del 2006 i ricoveri sono stati 1.376, il 51% per danni epatici, il 33% per dipendenza, il 15% per abuso, il 5% per psicosi alcoliche. Rispetto agli anni precedenti è in diminuzione la percentuale di ricoveri per danni epatici, dipendenza e per abuso.



Il 18% dei ricoveri è avvenuto in strutture private, dato in lieve diminuzione rispetto al 2005. Il ricorso a strutture pubbliche è in aumento sia per danni epatici, che per abuso e dipendenza. Il ricorso a strutture private è più frequente per abuso e dipendenza. In linea di massima, i ricoveri presso presidi ospedalieri riguardano patologie del “corpo” alcol-correlate, mentre i ricoveri in case di cura riguardano soprattutto patologie della “mente”, ovvero alcolismo e disturbi psichiatrici: il ricovero in ospedale rispetto a quello in casa di cura impegna un minor numero di giornate di degenza, ma con costi per singola giornata di degenza decisamente più alti.

Questa lettura del fenomeno nel territorio dell’Area Metropolitana di Bologna porta a riflettere sulla necessità di implementare nuove strategie che ottimizzino le risorse esistenti e che allarghino la rete di cura, ad esempio attraverso la collaborazione con i servizi per adolescenti, i medici di medicina generale, i gruppi di auto-auto. La formazione è altresì importante per avere operatori con specifica specializzazione alcolologica, e lo sviluppo di attività di studio e di ricerca potrebbe ampliare la collaborazione con l’Università, trasferendo nozioni ed interesse agli studenti di medicina oltre la specifica formazione alcolologica già offerta agli specializzandi del Corso di Specializzazione in Psichiatria.

La prospettiva di un bacino di utenza così cospicuo e il suo progressivo allargamento si traducono in un potenziale aumento di soggetti che si rivolgono al Ser.T. È quindi fondamentale che i servizi siano capaci di svolgere un’efficacia diffusione di una cultura di cura per i problemi alcol-correlati, sostenuta da un’incisiva capacità di consulenza.

5. L'Emilia

5.1 L'Alcologia nel territorio piacentino

A cura di *Marco Controguerra**

Il Comune di Piacenza conta 99150 abitanti, mentre la sua provincia, suddivisa in 48 Comuni, conta 273689 abitanti e un numero di famiglie pari a 113423. Facendo riferimento ad uno studio condotto dall'Osservatorio Provinciale delle Politiche Sociali¹, la popolazione della provincia di Piacenza, grazie a saldi migratori positivi di quasi 20 punti (valori su 1000 abitanti), ha ripreso a crescere dopo decenni di lento declino.

Per quanto concerne la situazione lavorativa, è stato possibile rilevare bassi tassi di occupazione, di attività e di disoccupazione: in effetti ciò deriva dalla caratteristica del sistema economico locale non in grado di assorbire manodopera femminile e dalla composizione demografica, con forte peso degli anziani. Emerge il dato positivo relativo alla disoccupazione che evidenzia un mercato del lavoro *apparentemente* senza squilibri. In realtà, il dato non sottolinea né la qualità dell'occupazione, né l'emergere del tema della precarietà del lavoro e conseguenti fonti di vulnerabilità economico-sociale.

Per quanto concerne l'offerta dei servizi sociali erogati, si dovrebbe tener conto della costituzione dei Piani di Zona (PdZ) che costituiscono, appunto, un nuovo approccio metodologico di analisi dei servizi stessi connessi al territorio di riferimento. In effetti, con la riforma dei servizi sociali, avvenuta con la legge quadro 328/2000, i Piani di Zona vengono a mettere in relazione i vari soggetti operanti sul territorio, istituzionali e non, con l'obiettivo di sviluppare e qualificare i servizi sociali per renderli flessibili e adeguati ai bisogni della popolazione. In quest'ottica si sono previsti PdZ di livello sovracomunale, coincidente con l'ambito dei Distretti Sanitari: i Comuni associati a livello del Distretto programmano il sistema dell'offerta al cittadino in area sociale ed in collaborazione con la Ausl integrano la programmazione sociale con quella sanitaria per offrire risposte unitarie e coerenti al bisogno di salute e benessere dei cittadini di uno stesso territorio. I PdZ sono strumenti innovativi per programmare le politiche sociali territoriali: sono strumenti di programmazione

* Hanno collaborato: *Federica Gobbi*, sociologo, Ser.t, Ausl Piacenza, *Castagnetti Giovanni*, Educatore professionale, Ser.t. Cortemaggiore, Ausl Piacenza

¹ Rizzi P., Magnaschi M., Schiavi P. (2007), *La città vulnerabile. Le fragilità, il disagio e i servizi sociali in provincia di Piacenza*, Berti, Piacenza

a tutto tondo dei servizi socio-assistenziali e socio-sanitari locali che consentono di promuovere e realizzare una rete integrata ed efficiente dei servizi sociali che assicuri risposte efficaci al bisogno delle persone. I PdZ si basano su una struttura che si riferisce a 7 aree di intervento in cui sono suddivisi gli utenti, gli interventi dei diversi organismi socio-assistenziali, il personale e le strutture esistenti. Tali aree di intervento sono: Area Anziani - Area Disabili - Area Povertà - Area Minori e Famiglia - Area Dipendenze - Area Immigrazione - Area Giovani

Utenti in carico ai Servizi Sociali in provincia di Piacenza (Area Dipendenze: utenti in carico ai Ser.T., 2003; restanti Aree: indagine sugli interventi e i servizi sociali dei Comuni singoli o associati, 2004)

Area PdZ	Utenti	Strutture	Associazione di volontariato e promozione sociale
Area Anziani	4.808	109	63
Area Disabili	655	21	72
Area Povertà	540	13	17
Area Minori e Famiglia	4.726	93	87
Area Dipendenze	1.123	2	8
Area Immigrazione	956	2	85
TOTALE	12.808	240	332

Relativamente all'Area delle Dipendenze, ai fini di questo studio, terremo in considerazione il percorso alcolico strutturato che ebbe inizio nel 1989. Da allora l'alcolologia piacentina si è andata via via delineando fino a coinvolgere a vari livelli un sempre maggior numero di pazienti e famiglie e di operatori, e fino a configurarsi come un vero e proprio settore all'interno delle funzioni generali del Servizio per le Dipendenze Patologiche. Il "*Progetto regionale per gli interventi nelle alcol dipendenze*" del 1992, alla cui stesura partecipò il Ser.T. di Piacenza, formulava un quadro di riferimento organizzativo per tali interventi e successivamente la Regione Emilia Romagna, interpretando le direttive del Ministero della Sanità dell'agosto 1993, identificava il Ser.T. quale servizio deputato ad occuparsi in modo organico di tale problematica, ferma restando la necessaria stretta collaborazione con gli altri Servizi.

Al Ser.T. di Piacenza, che di fatto svolgeva questa funzione già dal gennaio 1992, venne riconosciuta una comprovata esperienza a livello regionale, tanto da attribuirgli il coordinamento del Gruppo Tecnico Regionale sull'Alcolismo a cui fu demandato il compito di stendere le Linee guida regionali sulla materia, tuttora vigenti.

Dati recenti (Indagine IPSAD-Italia® 2005) osservano che la prevalenza d'uso giornaliero di alcolici riferita dal campione dell'Emilia Romagna è inferiore rispetto al resto d'Italia, con circa il 12% dei maschi nella regione contro il 14% a livello nazionale ed il 3,3% delle femmine contro il 5,6% delle coetanee nazionali. In particolare minore prevalenza di abuso di alcolici si

registra a Piacenza (4,2%). Per contro, quando lo stesso studio prende in considerazione la popolazione studentesca 15-19 anni, il dato sembra cambiare, portando Piacenza in testa alla classifica regionale. Per inciso, le stime elaborate dallo studio evidenziano come concomitante sia a Piacenza il tasso più alto di consumo giornaliero di cocaina dichiarato (sia alla media nazionale che regionale), sostanza che assai frequentemente viene associata all'alcol nei nuovi stili di consumo ed abuso.

Se consideriamo comunque che nel 2005 il valore regionale è stato di 18,9 utenti alcolisti in carico ogni 10.000 cittadini residenti di età compresa tra i 15 e i 64 anni e che Piacenza si pone ad un 27,8, possiamo asserire che i programmi alcolologici posti in campo dai Ser.T. dell'Ausl sembrerebbero aver dimostrato una discreta capacità di diffusione territoriale e di offerta di cura.

L'attività alcolologica nei Ser.T. aziendali si esplica attraverso:

1. Accettazione ambulatoriale dei pazienti e della loro famiglia
2. Consulenza specialistica su richiesta dei reparti ospedalieri in cui vengono ricoverati pazienti alcolisti e dei medici di base
3. Counselling a famiglie e singoli che ne facciano richiesta
4. Attività clinico-diagnostica attraverso valutazione psicologico-psichiatrica ed internistica, nonché inquadramento delle problematiche socio-relazionali
5. Attività clinica di monitoraggio delle patologie alcol correlate in collaborazione con il presidio ospedaliero
6. Attività clinica di farmacoterapia per la disassuefazione, in regime ambulatoriale e di day service.
7. Attività di ricovero presso strutture residenziali specializzate
8. Terapia psicologica; attività di gruppo psicoeducazionale
9. Consulenza ai gruppi di autoaiuto che sul territorio si occupano del recupero degli alcolisti e delle loro famiglie, in particolare club alcolisti in trattamento, alcolisti anonimi e gruppi familiari alanon con cui vi sono consolidati rapporti di collaborazione
10. Programmi di risocializzazione anche attraverso l'attivazione di borse lavoro
11. Sensibilizzazione alla prevenzione nel contesto dei programmi di educazione alla salute e del "programma aziendale giovani" in particolare
12. Ricerca clinica ed epidemiologica, in collaborazione con l'osservatorio epidemiologico del dsmdp
13. Formazione alcolologica degli operatori
14. Programmazione di interventi territoriali con i comuni, attraverso i piani di zona.

È possibile suddividere in quattro settori l'attività alcolologica svolta dai Ser.T. aziendali. I primi tre (invio e domanda di cura-osservazione e diagnosi-terapia e riabilitazione) si possono considerare il percorso offerto al paziente ed ai suoi familiari e quindi sono di pertinenza più propriamente clinica, mentre il quarto settore (osservazione e valutazione epidemiologica) si occupa

prevalentemente del consolidamento della rete di servizi sul territorio e della valutazione dei programmi alcolici.

Nell'attuazione dei Programmi Terapeutici una particolare rilevanza viene attribuita ai Gruppi di Auto Mutuo Aiuto presenti sul territorio e promossi dai Centri alcolici dei Ser.T.

Il settore relativo all'attività di osservazione e valutazione epidemiologica viene svolto attraverso periodici incontri con i gruppi di Auto Muto Aiuto e con gli altri servizi territoriali ed ospedalieri. La collaborazione con l'Osservatorio Epidemiologico del DSMDP permette la realizzazione sia di ricerche sul campo della diffusione del fenomeno, che la periodica analisi dei dati riguardanti l'utenza, nonché il monitoraggio delle attività svolte dal Centro in termini quali/quantitativi.

La procedura di presa in carico del paziente alcol dipendente è garantita e standardizzata su tutto il territorio aziendale. Il Programma Aziendale Alcolologia persegue i seguenti Obiettivi Generali :

1. Migliorare il livello di consapevolezza sui rischi connessi all'uso di Alcolici tra la popolazione, anche attraverso ricerche condotte in collaborazione con altre strutture che si occupano del problema
2. Costituire un punto di riferimento sull'alcol dipendenza per i cittadini interessati ed un momento di raccordo tra le agenzie pubbliche e private coinvolte nella problematica
3. Promuovere iniziative integrate di tipo medico, psicologico, sociale e culturale finalizzate alla prevenzione primaria, attraverso la promozione della salute e la lotta alle cause individuate come responsabili dei danni alcol-correlati; prevenzione secondaria, attraverso dispositivi che permettano una diagnosi precoce sia per i singoli individui che per le famiglie all'interno delle quali il problema si sviluppa; prevenzione terziaria, con l'attuazione di interventi terapeutico-riabilitativi atti a contenere le situazioni di cronicità invalidanti
4. Studiare ed attuare opportune strategie di riduzione del danno, per tutti quegli alcolisti che nel momento di contatto con i servizi non siano in grado di raggiungere e mantenere uno stato di completa astensione dalle bevande alcoliche.

Tali orientamenti generali si declinano attraverso la definizione dei seguenti Obiettivi Specifici:

1. Sviluppare azioni informative ed educative sui danni provocati dall'alcol, rivolte agli alcol dipendenti ed alle loro famiglie, agli operatori dei servizi socio sanitari di base, agli operatori scolastici ed alla popolazione in generale

2. Sviluppare le conoscenze sulla diffusione dei fenomeni e dei disturbi alcol-correlati, realizzare una rete di interventi mirati all'osservazione e diagnosi, cura e reinserimento sociale degli alcol dipendenti e delle loro famiglie, da attuarsi da parte dei servizi socio-sanitari pubblici in stretta collaborazione con le associazioni del privato sociale, in particolare con i gruppi di auto mutuo aiuto presenti sul territorio, nonché con soggetti privati accreditati, organizzare specifici momenti di aggiornamento tecnico-scientifico rivolti agli operatori pubblici e privati, impegnati nel sistema di interventi sui problemi alcol-correlati.

Per quanto riguarda poi i gruppi di Auto Mutuo Aiuto, è necessario ricordare che sul territorio sono presenti:

AA (Alcolisti Anonimi) - Al Anon (Familiari di alcolisti) - Al Ateen (Figli di alcolisti) - Club Alcolisti in Trattamento (CAT)

Relativamente al lavoro di prevenzione che viene condotto sui giovani, deve essere annoverato l'importante contributo che da anni Spazio Giovani² sta compiendo.

Spazio Giovani è nato all'interno di un più ampio programma denominato "SER.T. INQUARTIERE", che porta ad uscire dal Ser.T. *"per incontrare i giovani nei loro luoghi e creare con i giovani un loro luogo di prevenzione"*³.

È uno spazio che non si occupa di diagnosi e terapia, ma che offre un momento di aggregazione dove i ragazzi possono creare una modalità di comunicazione adeguata alla loro cultura e in cui possano ricevere anche informazioni corrette ed eventualmente indicazioni precise sulle possibili soluzioni ai problemi connessi all'uso delle sostanze e dell'alcol in particolare. Rappresenta l'occasione per tentare di aumentare i fattori di protezione attraverso l'interazione. Sempre in riferimento al contesto della prevenzione, sono stati realizzati anche i Progetti regionali: *Alcol e Lavoro, Alcol e Giovani, Alcol e Guida, valutazione dei programmi scolastici di prevenzione dell'abuso di alcol e dei rischi alcol-correlati.*

Attraverso una lettura dei dati emersi dalla ricerca effettuata nel territorio di Piacenza e provincia per l'anno 2005, si evince che il numero di ricoveri ospedalieri totali per problemi alcol correlati risultano essere 1104, così suddivisi: 688 utenti seguiti direttamente ed esclusivamente dai Ser.T. territoriali e 495 utenti che presentano una Scheda di Dimissioni Ospedaliere (SDO) con diagnosi e sintomi rilevanti di abuso alcolico tra cui vi sono 79 casi seguiti anche dai Ser.T. Questi dati offrono un primo quadro generale che evidenzia come il fenomeno dell'uso problematico o abuso alcolico non sia, nel 38% dei casi, conosciuto dai Ser.T.

L'età media del campione complessivo è di 51,56 anni con una significativa differenza tra italiani, che rappresentano il 98,6% dei casi con età media di 51,71 anni, e stranieri, che rappresentano l'1,4% dei casi (percentuale molto

² Spazio Giovani fa parte del Ser.T. di Piacenza

³ Mosti A. (2002), in: Sanfilippo B., Galimberti G.L., Lucchini A., *Alcol, alcolismi: cosa cambia?*, FrancoAngeli, Milano

esigua) con età media di 40,20 anni. Emerge, dunque, una significativa differenza dell'età media tra italiani e stranieri che si conferma nella differenza osservata tra i residenti, con età media pari a 52,35 anni e per la maggior parte di nazionalità italiana, e i non residenti, con età media pari a 46,30 anni e per la maggior parte di nazionalità straniera. I soggetti residenti nel territorio provinciale sono l'87% dei casi rispetto al 13% di quelli non residenti e la suddivisione per genere di appartenenza vede prevalere i maschi con il 76% sulle femmine con il 24%. La distribuzione del genere nel campione complessivo equivale, con piccole variazioni, a quella suddivisa per distretto di residenza come presentato nella seguente tabella.

Soggetti con problemi alcol correlati per distretto di residenza di età 0-100 (anno 2005)

Az. Usl Piacenza	M	F	Totale	M	F
Distretto Val Tidone	137	36	173	73,72%	26,28%
Distretto Val d'Arda	210	48	258	77,14%	22,86%
Distretto Urbano	307	127	434	58,63%	41,37%
Distretto Montagna	74	19	93	74,32%	25,68%
Totale	728	230	958		

A differenza dagli altri il Distretto Urbano presenta una componente femminile piuttosto importante infatti il 41,37% dei soggetti è donna (percentuale quasi doppia rispetto ai distretti periferici).

Questo dato potrebbe suggerire una maggiore emancipazione femminile nel contesto cittadino che, indubbiamente, offre maggiori opportunità e atteggiamenti sociali meno stigmatizzanti verso il fenomeno.

Dall'evidenza dei dati che riguardano i ricoveri ospedalieri si riscontra che 495 soggetti hanno avuto un totale di 717 ricoveri ospedalieri nell'arco dell'anno 2005. Il 76% dei ricoveri ha interessato il genere maschile e il 24% quello femminile, si contano 19602 giornate di degenza complessive con una media di 27 giorni di degenza per ogni ricovero, media piuttosto elevata dovuta al tipo di patologia che ha provocato il ricovero e che sarà specificata nella prossima tabella. La prevalenza dei ricoveri ha impegnato le strutture pubbliche, per oltre il 70% degli eventi, e il restante le strutture private; nell'80% dei casi si è trattato di ricoveri ordinari e nel rimanente 20% di ricoveri in regime di day hospital. Il 43% dei ricoveri ha rivestito il carattere di urgenza, quindi attraverso l'accesso in pronto soccorso, il 34% ha carattere di ricovero programmato ma senza il tramite del medico di base, il 3,8% dei ricoveri è stato richiesto da medico specialista e nell'1,8% dei casi il ricovero è stato effettuato in regime di trattamento sanitario obbligatorio. La seguente tabella specifica le patologie che hanno provocato i ricoveri suddivisi per tipologia di struttura.

Ricoveri ospedalieri per specifiche patologie alcol-correlati per tipologia di struttura (anno 2005)

	Pubblico	Privato
Dipendenza	14,1%	30,6%
Abuso	8,5%	4,3%
Danni epatici	66,9%	63,8%
Altre patologie	10,6%	1,4%
Totale	21,6%	78,4%

Come risulta evidente, i danni epatici sono la causa prevalente di ricovero ospedaliero sia nelle strutture pubbliche sia in quelle private. Come già accennato in precedenza, è probabilmente questo il motivo per cui la degenza media dei ricoveri ospedalieri risulta piuttosto alta. Proseguendo nella lettura del dato e ponderandolo alla quantità di ricoveri che ogni singola struttura ha effettuato, si osserva che la struttura privata, rispetto a quella pubblica, offre maggiore risposta alle situazioni in cui è stata effettuata diagnosi (secondo ICD IX) di dipendenza da sostanza alcolica ed una ridotta risposta alle situazioni in cui si è diagnosticato un abuso.

Osservando la distribuzione dei casi nella fascia d'età 15-64 anni suddivisa per distretto di residenza e ulteriormente suddivisa per comune, si rileva una preponderanza del fenomeno per i comuni montani con una stima di prevalenza che vede il Comune di Zerba raggiungere la quota più alta pari al 22,22‰ sulla popolazione target residente considerata a rischio (15-64 anni), affiancato dal Comune di Cerignale che presenta un valore pari al 21,97‰, dal Comune di Corte Brugnatella con un valore pari al 10‰ e Ferriere con un valore pari al 9,2‰; tutti gli altri comuni presentano valori più contenuti. È da evidenziare che il Comune capoluogo, Piacenza, presenta un valore pari al 4,25‰ rispetto ai comuni confinanti che costituiscono la cinta cittadina tra i quali emerge il Comune di Gossolengo con il valore più basso della provincia pari a 1,41‰. Di fronte a questi numeri è necessario specificare che, seppure si stia lavorando con correttezza ponderando il dato osservato sulla popolazione residente nel rispetto dei più elementari principi di statistica, l'impatto che anche solo pochi casi di abuso o uso problematico di alcol hanno su un altrettanto esiguo numero di residenti per la fascia d'età osservata è sicuramente più eclatante; si prenda il caso del Comune di Zerba, dove si è rilevato un solo caso di accesso ai servizi sanitari per problematiche alcol correlate nella fascia d'età 15-64 anni a fronte di una popolazione residente della stessa fascia d'età pari al numero di 45 unità. Continuando ad esaminare il caso di Zerba, la prevalenza calcolata sulla fascia d'età 0-100 anni è comunque elevata, il 16,26‰, e quindi statisticamente significativa. Il quadro così tracciato permette una lettura ragionata della distribuzione dei casi che induce a dedurre come il problema dell'uso problematico o abuso alcolico sia maggiormente presente nelle zone montane che, da sempre, sono considerate zone depresse sia per il minore sviluppo

dell'economia sia per le difficoltà che le caratteristiche morfologiche territoriali provocano nelle relazioni sociali che si fanno sempre più rarefatte. Questi dati sono confermati dalla seguente tabella che esprime i valori di prevalenza, sulla popolazione della fascia d'età compresa tra 15-64 anni, suddivisa per distretto di appartenenza. Come si può facilmente notare il Distretto della Montagna ha una prevalenza totale, 6,57‰, quasi doppia rispetto al Distretto Urbano, 3,91‰. Il dato di prevalenza sale ulteriormente se calcolato sulla popolazione di età compresa 0-100 come si evidenzia nella seguente tabella:

Soggetti con problemi alcol correlati per distretto di residenza di età 15-64: prevalenza per 1000 residenti (anno 2005)

Az. Usi Piacenza	M	F	Totale
Distretto Val Tidone	6,03‰	1,85‰	4,01‰
Distretto Val d'Arda	6,14‰	1,75‰	4,01‰
Distretto Urbano	5,48‰	2,33‰	3,91‰
Distretto Montagna	9,14‰	3,64‰	6,57‰
Totale	5,95‰	2,14‰	4,08‰

All'interno del più ampio studio analitico del fenomeno di abuso o uso problematico di sostanze alcoliche nonché dei problemi alcol-correlati, si è prodotta una stima del numero reale di soggetti potenzialmente coinvolti ed una conseguente analisi della quota di "sommerso" che, per varie ragioni, non transita attraverso i servizi preposti rimanendo occultata anche ai professionisti esperti del tema. Al fine di ottenere risultati credibili, si è utilizzato il metodo statistico di campionamento della "cattura/ricattura" con stratificazione per genere di appartenenza, età media e residenza nel territorio provinciale o extraprovinciale. I numeri che emergono, riportati in forma aggregata nella seguente tabella, sono di sicuro interesse.

Soggetti con problemi alcol correlati per Servizio: stima del sommerso e rapporto sconosciuti/conosciuti (anno 2005)

Servizio	Dato aggregato	Maschi	Femmine	Residenti	Non Residenti
Ser.T.	688	528	160	583	105
Ospedale	495	364	131	452	43
Sia Ser.T. sia Ospedale	79	56	23	76	3
Totale soggetti	1104	836	268	959	145
Stima del sommerso	4271	3386	885	3435	1165
Rapporto sconosciuti/conosciuti	3,9	4,05	3,30	3,58	8,03

In particolare si può osservare che su 1104 soggetti conosciuti dai Servizi, si stima che il fenomeno sia più ampio, contando un numero di soggetti pari a 4271, dato che oscilla tra 3470 e 5072; questa stima permette di valutare che per ogni soggetto conosciuto ne esistono quasi quattro sconosciuti. Altrettanto significativa è la stratificazione per genere di appartenenza in cui si nota una stima di sommerso pari a 3386 soggetti maschi rispetto agli 836 conosciuti con un rapporto che presuppone la sussistenza di quattro sconosciuti per ogni soggetto

conosciuto rispetto alle femmine per cui si stimano 885 soggetti interessati da problemi alcol-correlati rispetto ai 268 conosciuti con un rapporto di 3,3 sconosciuti per ogni soggetto conosciuto, più basso rispetto ai maschi. La stratificazione tra residenti e non residenti riporta, per i primi, un dato pari a 959 soggetti conosciuti rispetto ad una stima di 3435 soggetti con un rapporto di 3,58 sconosciuti per ogni conosciuto e, per i secondi, 145 soggetti conosciuti rispetto ad una stima di sommerso pari a 1165 soggetti con un rapporto che sale significativamente ad una probabilità di otto soggetti sconosciuti per uno conosciuto. Non riportato in tabella, ma non per questo meno interessante, è la stratificazione dei dati per appartenenza alla fascia d'età che è stata semplicemente suddivisa in soggetti con età inferiore o uguale a 49 anni e superiore a 49. Gli appartenenti alla prima fascia sono un totale di 531 soggetti su 1104 con una stima di sommerso pari a 1594 soggetti che produce un rapporto di 3 soggetti sconosciuti per uno conosciuto. Gli appartenenti alla fascia d'età superiore a 49 anni si contano in numero di 573 soggetti su cui si stima un sommerso di 2514 soggetti con un rapporto di 4,38 sconosciuti per uno conosciuto. Una interessante considerazione che si può produrre analizzando questi dati è supportata dalla differente distribuzione di casi tra soggetti afferenti al Ser.T. rispetto a quelli afferenti all'Ospedale; in particolare si osserva un maggiore accesso al Ser.T. ed un conseguente ridotto accesso all'Ospedale per i non residenti e per gli appartenenti alla fascia d'età uguale o inferiore a 49 anni. Questo fenomeno potrebbe essere interpretato, in via probabilistica e assolutamente non accertata in questo studio, come il maggior coinvolgimento di questo target di popolazione in episodi acuti di abuso o uso problematico di alcol che porta, conseguentemente, all'accesso al servizio specialistico. Per la valutazione del bacino d'utenza a cui i Servizi Ospedalieri offrono una risposta all'interno del territorio provinciale di Piacenza, è stato utilizzato lo strumento statistico del "nomogramma di Gandhi" i cui risultati sono osservabili nel grafico e nella tabella di seguito riportate.

Analisi del bacino di utenza: nomogramma di Gandhi⁴

	Rr	I	E	X	Y	Y/X	PR	PA
Distretto Val Tidone	31	8	74	79	39	0,4	33445	12422
Distretto Val d'Arda	42	9	115	82	27	0,3	48383	15717
Distretto Urbano	66	445	5	13	93	7,2	85440	614927
Distretto Montagna	16	3	52	84	24	0,3	8223	2298
Provincia di Piacenza	155	286	67	35	70	2,0	175491	348611

I dati che emergono permettono di rilevare che, relativamente al distretto Urbano è possibile osservare un numero di ricoveri per i soggetti residenti nello

⁴ Legenda: Rr (Ricoveri soggetti residenti); I (Soggetti ricoverati provenienti da fuori distretto); E (Soggetti ricoverati fuori dal distretto di residenza); X (Domanda di ricoveri soddisfatta nel distretto); Y (Richiesta di servizi dei residenti); Y/X (Numero indice che esprime emigrazione dei residenti verso servizi esterni se < 1, immigrazione verso i servizi interni se > 1); PR (Popolazione residente); PA (Bacino di utenza)

stesso distretto pari a 66 (Rr); si sono verificati 445 ricoveri per soggetti non residenti nel suddetto distretto (I) tra i quali se ne contano 286 provenienti da fuori provincia. Emerge, inoltre, che 5 ricoveri di soggetti appartenenti al distretto Urbano hanno trovato risposta in due casi nei distretti Val d'Arda e Montagna e in tre casi fuori provincia. Osservando il grafico, si nota la collocazione del distretto Urbano al di sopra della linea divisoria: questo esprime i valori di X e Y di tabella 9 che evidenziano la risposta positiva dei servizi ospedalieri di tale distretto verso una domanda che per circa il 52,5% proviene da fuori provincia, per il 34,5% proviene dai restanti tre distretti (Arda, Tidone, Montagna) e solo per il 13% riguarda le richieste dei soggetti ivi residenti. In aggiunta si può asserire che la risposta ai problemi alcol-correlati dei servizi ospedalieri del distretto Urbano, è rivolta per il 93% a soggetti provenienti dagli altri distretti e da fuori provincia. A dimostrazione di quanto finora detto, sono significativi i dati contenuti nelle colonne PR e PA della tabella che riportano rispettivamente la popolazione residente di età 15-64 anni che è pari a 85440 unità a fronte di un bacino di potenziali utenti pari a 614927 unità. Questo dichiara che l'attività ospedaliera del distretto Urbano eroga prestazioni per problemi alcol-correlati come se si rivolgesse ad una popolazione residente di 7,2 volte superiore a quella effettiva (vedasi numero indice 7,2 espresso in colonna Y/X della tabella).

Relativamente alla provincia di Piacenza che conta una popolazione residente di età 15-64 anni di 175491 unità, la risposta che i servizi offrono alle problematiche alcol-correlate risulta positiva (vedasi numero indice 2,0 espresso in colonna Y/X di tabella 9) e si rivolge ad un bacino d'utenza che risulta essere pari a 348611 unità, pari al doppio dei residenti. La capacità positiva di risposta da parte dei servizi ospedalieri della provincia di Piacenza verso le richieste da parte di non residenti, è da attribuire esclusivamente al distretto Urbano e non ai distretti Val pazienti alcolisti afferenti ai Ser.T., tuttavia anche la ricerca appena presentata suggerisce la necessità di migliorare la comunicazione tra Servizi territoriali, Ospedale e Medici di Medicina Generale, al fine di individuare modalità di diagnosi e invio alla cura ancor più efficaci. Se appare soddisfacente l'offerta di ricovero ospedaliero per Problemi Alcol Correlati, ancora insufficiente è la disponibilità di posti letto dedicati al trattamento alcologico per la disintossicazione e, soprattutto, per affrontare la fase post acuta durante la quale si possa, in regime "protetto", consolidare l'astinenza, offrire al paziente un inquadramento psicologico e psicosociale, far leva sulle sue capacità di cambiamento, coinvolgere attivamente i familiari nel processo di riabilitazione.

La programmazione del prossimo futuro vedrà un impegno in tal senso anche attraverso il coinvolgimento diretto delle Comunità Terapeutiche del territorio che da molti anni lavorano in rete con i Servizi Sanitari nell'ambito delle dipendenze patologiche, Tidone, Val d'Arda e Montagna che, come dimostrato dal grafico, hanno una ridotta capacità di trattenere i propri residenti. In effetti è possibile stimare che i distretti periferici erogano l'80% delle prestazioni a favore dei propri residenti e sono da questi impegnati solo per una quota variabile tra il 30-35%.

Due decenni di esperienza alcolologica hanno fatto crescere qualitativamente la cultura dell'integrazione professionale in questo campo. Il territorio piacentino possiede un patrimonio, in termini di Servizi pubblici, privati e di risorse dell'auto aiuto, di discreto livello e allineato ai principi della normativa nazionale e regionale che interviene in risposta ai problemi alcol-correlati.

Si osservano molteplici iniziative volte a promuovere l'informazione e l'educazione sulle conseguenze derivanti dal consumo e dall'abuso di bevande alcoliche nei vari ambienti di vita, associate ad un concreto agevole accesso a trattamenti sanitari ed assistenziali adeguati. Negli anni si è assistito ad un progressivo aumento di pazienti alcolisti afferenti ai Ser.T., tuttavia anche la ricerca appena presentata suggerisce la necessità di migliorare la comunicazione tra Servizi territoriali, Ospedale e Medici di Medicina Generale, al fine di individuare modalità di diagnosi e invio alla cura ancor più efficaci.

Se appare soddisfacente l'offerta di ricovero ospedaliero per Problemi Alcol Correlati, ancora insufficiente è la disponibilità di posti letto dedicati al trattamento alcolologico per la disintossicazione e, soprattutto, per affrontare la fase post acuta durante la quale si possa, in regime "protetto", consolidare l'astinenza, offrire al paziente un inquadramento psicologico e psicosociale, far leva sulle sue capacità di cambiamento, coinvolgere attivamente i familiari nel processo di riabilitazione.

La programmazione del prossimo futuro vedrà un impegno in tal senso anche attraverso il coinvolgimento diretto delle Comunità Terapeutiche del territorio che da molti anni lavorano in rete con i Servizi Sanitari nell'ambito delle dipendenze patologiche.

5.2 Soggetti con problemi alcol correlati nel territorio di Parma

Di *Barbara Cantarelli*

Il territorio dell'Azienda Usl di Parma è composto da 41 comuni, suddivisi nel Distretto di Parma, nel Distretto di Fidenza, nel Distretto Sud-Est, nel Distretto Valli Taro e Ceno. Nel 2005 è stata registrata una crescita rilevante e la popolazione ammonta a 416.832 soggetti per il 51% femmine e si distribuisce su una superficie di 3.449 kmq. L'incremento è dovuto in larga parte ad un flusso migratorio sia italiano che straniero rilevante. I comuni maggiormente coinvolti sono quelli più vicini al capoluogo e le aree dove si è registrata una crescita maggiore nel biennio 2004-5 sono la pianura e la collina. I dati relativi agli stranieri residenti nella provincia di Parma mostrano nel 2005 una brusca impennata rispetto all'anno precedente e costituiscono il 6,7% dell'intera popolazione della provincia. Va sottolineata la concentrazione di immigrati in alcune fasce di età, in modo particolare dai 25 ai 39 anni. (Fonte: Ufficio Statistica Provincia di Parma)

Il nuovo Atto Aziendale di Marzo 2008 predispone l'organizzazione generale del Dipartimento Dipendenze Patologiche e Salute nelle Carceri

(DSM), che prevede l'istituzione dell'Area Dipartimentale Dipendenze Patologiche e di tre Strutture Complesse Ser.T. (Ser.T. Parma1, Ser.T. Parma2, Ser.T. Parma3), con il seguente assetto organizzativo:

1. Equipe Alcolologica aziendale: compresa nel Ser.T. Parma2, è a valenza metadistrettuale e a carattere multidisciplinare, svolge funzioni di coordinamento e di secondo livello, di consulenza specialistica clinica e terapeutica orientata sui P.A.C. (diagnosi multiassiale, formulazione di programmi terapeutici e socio-riabilitativi di tipo multimodale integrato), funzione di pianificazione-programmazione, omogeneizzazione e razionalizzazione degli interventi erogati in campo alcolico a livello aziendale
2. Svolgimento da parte di ciascun Ser.T. Aziendale delle funzioni di base sulle problematiche alcol correlate per quanto riguarda gli aspetti clinici e terapeutici

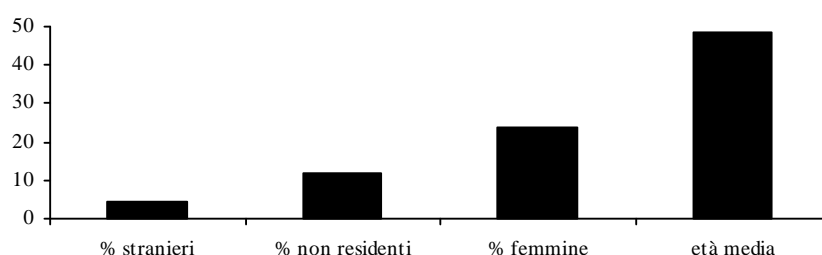
L'equipe alcolologica del Ser.T. Parma2 è attualmente composta da un medico neurologo responsabile, un medico psichiatra, un medico internista, una psicologa borsista e una psicologa-psicoterapeuta part-time, un educatore professionale, un'assistente sociale e due infermiere professionali. In particolare, le funzioni di programmazione/pianificazione e coordinamento degli interventi governano il rapporto con gli altri servizi e i presidi dell'Azienda UsI (protocolli di intesa con D.S.M., Commissione Medica Locale per le patenti di guida di Parma, Servizio Medicina di Base e Assistenza Specialistica), collaborazioni con l'area di Servizio Sociale del Comune (erogazioni sussidi, reinserimenti lavorativi ed assistenza domiciliare), l'Azienda Ospedaliera (Presidi Ospedalieri Aziendali di Fidenza-S.Secondo, Borgotaro, Divisione Malattie Infettive e Gastroenterologia di Parma; Centro di Alcolologia Clinica e Sperimentale dell'Istituto di Clinica Medica Generale e Terapia medica dell'Università di Parma) e le Case di Cura convenzionate (Casa di Cura "Città di Parma" reparti di Neurologia e Medicina, Casa di Cura "Villa Maria Luigia" posti letto dedicati all'utenza alcolista).

L'area prevenzione e sensibilizzazione sui problemi alcol correlati avviene attraverso la prevenzione primaria in ambito scolastico (all'interno dei Centri di Consulenza ed Informazione; Progetto Giovani), la prevenzione primaria nell'ambito lavorativo (alla luce delle legge 626 riguardante il miglioramento della sicurezza e della salute dei lavoratori sul luogo di lavoro), interventi di formazione/informazione e sensibilizzazione rivolti al personale sanitario, medici convenzionati e gruppi specifici del territorio. Inoltre, si opera nell'ambito dell'integrazione con Associazioni di Volontariato ed Gruppi di Auto Mutuo-Aiuto (Alcolisti Anonimi, Al Anon, Al Ateen, Club degli Alcolisti in Trattamento) e con il Programma Alcolologico Residenziale (Progetto Albatros) per la valutazione diagnostica multidisciplinare congiunta e il monitoraggio dell'utenza inserita e nell'ambito di alcuni progetti specifici, quali il Progetto Europeo Socrates (The primary prevention in alchological fields in

young adults population), il progetto “alcol e lavoro” (progetto regionale di prevenzione alcolologica nei luoghi di lavoro) e il progetto “alcol e guida”.

Nel corso del 2005 sono stati contattati dal Servizio Alcolologia Ser.T. Parma2 e dagli ospedali e dalle case di cura 1.392 soggetti per problemi alcol correlati; di questi il 44% si è rivolto al Servizio Alcolologia, il 18% sono tossicodipendenti con abuso concomitante di alcol che si sono rivolti al Ser.T. di Parma, 55% sono stati ricoverati per patologie alcol-correlate. Non sono compresi nello studio i dati relativi ai soggetti in carico presso altri Ser.T. Nel grafico seguente sono descritte alcune caratteristiche dei soggetti:

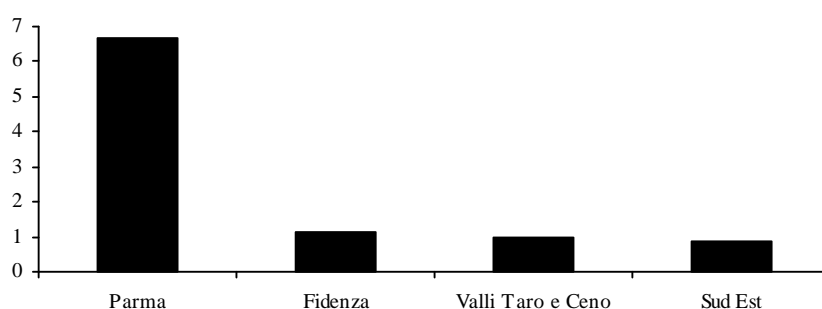
Caratteristiche soggetti



L'età media dei non residenti (54 anni) è maggiore rispetto ai residenti (48 anni); gli stranieri hanno un'età media di 42 anni. Il 62% è residente nel Distretto di Parma.

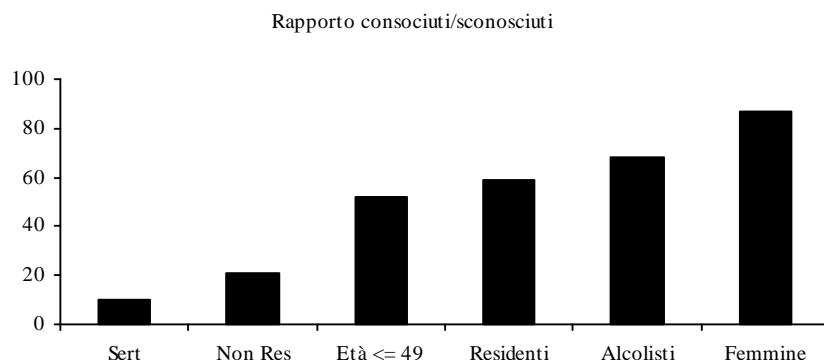
Relativamente alla popolazione residente di età compresa tra 15 e 64 anni la prevalenza di soggetti con problemi alcol correlati, è 6.66 per mille residenti, 10.34 tra i maschi e 3.20 tra le femmine.

Prevalenza



Complessivamente 486 soggetti si sono rivolti al Servizio Alcolologia per problemi di alcol-dipendenza, 763 agli Ospedali, i soggetti comuni ad entrambi i servizi sono 112 (10%). Si stimano 3.294 soggetti con problemi alcol correlati, numero che oscilla da 2.805 a 3.783 unità. Rispetto agli anni precedenti, la stima è in aumento per i residenti (5.977 soggetti) e per gli stranieri (1.196 soggetti) e in calo per i non residenti italiani (1.221 soggetti). Si ritiene vi siano,

nel territorio dell'AM, almeno 68 soggetti con problemi alcol correlati ogni 10 che si rivolgono ad un Ser.T., come viene mostrato nel grafico successivo dove sono riportate anche le quote dei potenziali soggetti non noti ai servizi per caratteristiche socio-demografiche.



Nel corso del 2005 sono stati effettuati 1.071 ricoveri per patologie alcol-correlate nei presidi ospedalieri pubbliche e nelle case di cura private convenzionate con l'Azienda Usl di Parma. Si sottolinea che il Servizio Alcologia invia i propri utenti che necessitano di un ricovero ospedaliero esclusivamente a case di cura private convenzionate. Le femmine sono il 25%, la durata media di una degenza è di circa 21 giorni. Il 53% per dipendenza, il 44% per danni epatici, il 4% per abuso, il restante per altre patologie alcol-correlate. La quota dei ricoveri proposti dal medico di base è simile alla quota di ricoveri proposti da un medico specialista (33% e 32% dei ricoveri), dove sono compresi anche gli invii proposti da medici del Servizio Alcologia. I ricoveri per patologie di abuso e dipendenza infatti sono maggiormente effettuati presso le strutture private convenzionate, mentre nei presidi pubblici sono maggiori i ricoveri per danni epatici o altre patologie organiche.

Dall'analisi del nomogramma di Gandhy, il Distretto di Fidenza riesce a "ospedalizzare" una quota di soggetti pari a più del doppio del numero di residenti del proprio Distretto (Bacino d'Utenza 165.722 e Popolazione Residente 62.606). Risultano essere meno "forti" nella risposta alla richiesta di ricoveri per patologie alcol-correlate le strutture presenti nel Distretto di Parma e nel Distretto Valli Taro e Ceno.

L'elevato invio di pazienti con problematiche alcol correlate dai medici di medicina generale ai presidi ospedalieri fa ipotizzare che una parte rilevante dei soggetti alcolisti non si sia rivolta ai Servizi Specialistici di Alcologia. Sorge la necessità di effettuare da parte di questi servizi, interventi territoriali di raccordo e di sensibilizzazione con i medici di medicina generale con l'obiettivo di potenziare la conoscenza tra Servizi e di effettuare formazioni specifiche per ampliare possibili terreni di collaborazione. Va inoltre segnalato l'elevato numero di ricoveri per abuso e dipendenza da alcol nelle strutture private

convenzionate rispetto alle strutture ospedaliere che ricoverano maggiormente per danni epatici o altre patologie organiche connesse alle problematiche da abuso di alcol. Questi dati potrebbero indicare una scarsità di posti letto dedicati per problemi connessi a tale dipendenza nei presidi ospedalieri pubblici. Ciò impone una rivalutazione della problematica con le Direzioni Sanitarie ai fini di un maggiore coinvolgimento delle risorse territoriali attorno alle problematiche in oggetto.

La maggiore capacità di “ospedalizzazione” del Distretto di Fidenza rispetto agli altri è verosimilmente riconducibile ad una maggiore attenzione e sensibilizzazione nei confronti delle problematiche dell'alcolismo e all'accoglienza di pazienti in situazioni acute sviluppate in questi ultimi anni nei reparti di Medicina d'Urgenza su tale territorio. Il dato relativo all'età media più bassa degli stranieri che accedono ai Servizi (territoriali o ospedalieri) è riconducibile alle caratteristiche di età del flusso di tale popolazione sul territorio.

Non da ultimo, sarebbe importante in un momento successivo considerare, oltre al Servizio di Alcologia di Parma, i dati di accesso degli alcolisti ai Ser.T. degli altri Distretti per verificare se la stima del sommerso qui rilevata possa subire significative modifiche in relazione all'utenza presente nei Servizi del territorio della provincia.

5.3 Soggetti con problemi alcol correlati nella provincia di Ferrara

A cura di *Cristina Sorio* *

Il territorio della provincia di Ferrara si caratterizza per la presenza di pochi insediamenti urbani concentrati e la più estesa superficie pianeggiante con una conseguente dispersione della popolazione. Infatti tra i 26 comuni complessivi solo quattro hanno una popolazione superiore ai 20.000 abitanti (Ferrara, Cento, Comacchio e Argenta), raccogliendo il 60% dei residenti totali. Il territorio restante si caratterizza per un elevato numero di centri abitati di piccole dimensioni e bassa densità di popolazione. La popolazione complessiva al primo gennaio 2007 era di 353.304 abitanti, insediati su una superficie di 2.632Km², con una densità media di 134,20 abitanti per Km², fra le più basse in regione. I comuni sono articolati in tre distretti socio-sanitari: il distretto Ovest con una superficie di 413 Km² e una densità di popolazione pari a 173,4; il Centro Nord che si distribuisce su una superficie di 887 Km² e raggiunge una densità abitanti per Km² pari a 198,8 e il Sud Est con la più estesa superficie (1330 Km²) e la densità di popolazione più bassa (76,6).

La struttura della popolazione mostra l'indice di vecchiaia più alto a livello regionale (251,71 contro 180,15), con una popolazione giovanile che raggiunge il 10,7% rispetto al 12,6% della regione Emilia-Romagna. La popolazione con

* Ha collaborato *Gabriella Antolini*, biostatistico, Osservatorio dipendenze patologiche dell'Azienda Usl di Ferrara

età compresa tra i 15 e i 64 anni è di 226.964, quella compresa tra i 65 anni e oltre gli 80 è di 90.418, lo strato che va da 0 a 15 anni è costituito da 35.922 residenti. Il distretto Ovest raccoglie la popolazione più giovane con un'età media di 45,4 anni, contro i 46,9 anni del distretto Sud Est e i 48,1 del Centro Nord. La popolazione adulta con età compresa tra i 15 e i 64 anni rappresenta il 64,9% della popolazione totale ed è equamente distribuita tra i distretti. Ferrara continua a rimanere la provincia emiliana con il più basso tasso di crescita demografica, pur mostrando segnali di inversione di tendenza. Il progressivo calo demografico provinciale osservato negli ultimi 20 anni e solo da ultimo corretto è riconducibile soprattutto a un saldo naturale¹ fortemente negativo (-2.200 persone/anno pari a ¼ dell'intero deficit del saldo naturale regionale). L'inversione di tendenza del bilancio demografico è legata sostanzialmente all'afflusso migratorio. Il livello di istruzione della popolazione viene utilizzato come *proxy* di variabili più complesse come il livello culturale o la condizione di benessere e nel campo della salute costituisce uno dei fattori più potenti nel discriminare, e quindi prevedere, i comportamenti. L'istruzione e la conseguente conoscenza, e consapevolezza dei fattori che incidono sullo stato di salute, sono le armi migliori contro le malattie e la morte a tutti i livelli. Inoltre le persone meno istruite usano in modo meno appropriato le strutture sanitarie.

La provincia di Ferrara presenta ancora un lieve disallineamento del tasso di scolarizzazione della popolazione, che si va progressivamente riducendo con l'assottigliamento delle classi di età a minor scolarizzazione. La disomogeneità territoriale è ancora più evidente esaminando l'indice di non conseguimento della scuola dell'obbligo nei 26 comuni: tutti i comuni con indice superiore all'11,5% sono collocati nel basso ferrarese. Ferrara presenta un basso indice di povertà. L'ultima indagine sulla povertà effettuata nel 2003 dal Servizio Statistica del Comune di Ferrara segnala la presenza del 5,7% di famiglie al di sotto della soglia di povertà relativa (in Emilia-Romagna sono il 4,3% e in Italia il 10,6%, secondo l'indagine nazionale sulla povertà ISTAT 2003). L'incidenza della povertà assoluta a livello nazionale è del 4,2% delle famiglie, nel comune di Ferrara risulta pari all'1,6% delle famiglie. La povertà soggettiva, che considera la percezione dello stato di disagio, stabilita non in base a criteri oggettivi come il reddito o i consumi, è risultata pari al 61,2%, prossima alla media italiana del 60,7%. Per quanto riguarda la situazione epidemiologica le prime cause di morte nella provincia di Ferrara sono rappresentate, in entrambi i sessi, da malattie cardiovascolari e tumori, sia pure con differenze legate al sesso: nei maschi la prima causa di morte è il tumore del polmone; mentre nelle donne il tumore della mammella è la quarta causa di morte. L'esame della mortalità effettuato considerando i grandi gruppi di cause conferma come prima causa di morte nei maschi il gruppo dei tumori, mentre nelle femmine le malattie circolatorie. Le malattie respiratorie sono la terza causa di morte in entrambi i sessi. Il quarto posto vede i traumatismi nei maschi e le malattie dell'apparato digerente (cirrosi) nelle femmine. La mortalità per malattie

¹ Differenza tra nati e morti

dell'apparato digerente, tra le quali è preminente la cirrosi epatica, mostra un'accentuazione a partire dal 2004 con una differenza rispetto alla media regionale statisticamente significativa. La prevalenza dei principali fattori di rischio per malattie cardiovascolari è stata oggetto di un'apposita indagine campionaria nell'Azienda Usl di Ferrara. Dallo studio è emersa una stima della prevalenza di esposizione al rischio fumo per il 48,4% dei soggetti intervistati, e all'alcool con il 13,1% di bevitori ad alto rischio (maschi > 14 unità alcoliche/settimana; femmine > 7 unità alcoliche/settimana) e l'86,9% di bevitori a minor rischio. Il primo risultato emerso dall'indagine è dato dall'esigua proporzione di ferraresi che non sono esposti ad alcun fattore di rischio per malattie cardiovascolari: solo 13-14.000 persone su 244.000. Relativamente al consumo di alcol, da uno studio² sulle condizioni di salute e sulle abitudini di vita dei ferraresi, condotto nel 2005, è emerso che il 77% dei residenti nella provincia di Ferrara, di età compresa tra i 18 e i 79 anni, dichiara di bere alcolici (79% Emilia-Romagna; 75% Italia-Ossfad 2001). Il 69,2% beve vino almeno una volta la settimana; il 40,1% ogni giorno (53,9% Maschi; 27,1% Femmine); il 46,3% beve birra (2,6% ogni giorno); il 28,2% beve superalcolici (7,8% quotidianamente). Sotto il profilo della quantità del consumo, la maggioranza del campione (1.747) rientra nella categoria dei consumatori intermedi (35%), con una lieve differenza tra maschi e femmine. Tra i maschi è presente una percentuale consistente di bevitori forti (30,8%) che si concentrano prevalentemente nella classe di età compresa tra i 18 e i 29 anni.

Da uno studio sugli stili di vita e i comportamenti di consumo, condotto su un campione di 1.373 studenti delle scuole medie superiori della provincia di Ferrara³ è emerso che il consumo di bevande alcoliche interessa il 70,6% degli intervistati. I ragazzi che manifestano un consumo frequente sono in prevalenza maschi, frequentanti il IV° anno degli istituti tecnici e professionali, residenti nei distretti Sud Est e Centro Nord; dichiarano di bere soprattutto in compagnia degli amici (62,1%) o del fidanzato (11,8%) soprattutto le ragazze. Il 60% degli studenti dichiara che la quantità massima di alcolici giornaliera in grado di determinare danni fisici o psichici rilevanti va da 3 a 6 bicchieri. La bassa percezione del rischio connesso al bere si riverbera sugli episodi di eccedenza nel consumo, infatti il 53,1% dei ragazzi del quarto anno e il 36% di quelli del secondo anno dichiarano di essersi ubriacati almeno una volta negli ultimi sei mesi.

Le strutture sanitarie pubbliche presenti sul territorio provinciale si differenziano in: Presidi Ospedalieri Pubblici organizzati in due grandi aziende, l'Azienda Ospedaliera Universitaria S. Anna situata nella città di Ferrara con un'offerta di 790 posti letto, il Presidio Unico Ospedaliero dell'Azienda Usl con 641 posti letto che riunisce 6 presidi ospedalieri con sedi a Cento, Bondeno, Copparo, Lagosanto (Ospedale del Delta), Argenta, Comacchio; i Centri

² De Togni A., Pasetti P. (a cura di) (2005), *In linea con la salute*, Ferrara

³ Sorio C. (a cura di) (2004), *Stili di vita e comportamenti di consumo tra i giovani della provincia di Ferrara*, Ausl di Ferrara, Ferrara

Alcologici Territoriali inseriti nelle strutture organizzative dei Ser.T. che sul territorio provinciale afferiscono alle Unità Operative Ser.T. distretto Centro Nord (sedi di Ferrare e Copparo), Ser.T. distretto Sud Est (sedi di Codigoro e Portomaggiore) e Ser.T. distretto Ovest con sede a Cento. Nella città di Ferrara sono presenti inoltre due presidi sanitari privati: la Casa di Cura Quisisana con 127 posti letto e Villa Salus con 115 posti letto. Sotto il profilo organizzativo lo sviluppo di sistemi qualità finalizzati all'accreditamento delle strutture ha portato alla attivazione di protocolli operativi tra Ser.T. e Presidi Ospedalieri pubblici per la diagnosi e la cura dell'Alcolismo e delle patologie alcol correlate in un'ottica di rete. In particolare sono stati redatti protocolli operativi tra U.O. Ser.T. distretto Centro Nord e Azienda Ospedaliera per la diagnosi e la cura ambulatoriale dell'alcolismo, tra il Ser.T. di Copparo e il Day Hospital dell'Ospedale Medicina di Comunità di Copparo, tra il Ser.T. di Portomaggiore e l'Ospedale di Argenta e tra il Ser.T. di Codigoro e l'Ospedale del Delta. Vanno infine ricordati i protocolli di collaborazione tra i Ser.T. e gli Alcolisti Anonimi e il Club degli Alcolisti in trattamento in materia di alcolismo e problemi alcol correlati.

Nel 2005 nella provincia di Ferrara i soggetti che si sono rivolti ai servizi pubblici e privati per problemi alcol correlati sono stati 715 (70,5% maschi e 29,5% femmine), con un'età media di 50,5 anni: 49,3 nei maschi e 53,5 nelle femmine, residenti per il 71% nel territorio provinciale e per la quasi totalità di nazionalità italiana (95%). In prevalenza si tratta di italiani residenti sul territorio ferrarese (92,9%), il 3,9% è straniero e il 7,4% non residente. I non residenti sono più giovani, infatti presentano un'età media di 44,3 anni contro i 51 anni dei residenti. Infine, la popolazione più giovane con problemi alcol correlati si riscontra tra gli stranieri, che mediamente hanno 39,6 anni contro i 50,9 degli italiani. Dall'analisi delle caratteristiche dell'utenza dei servizi emerge come i problemi alcol correlati siano in prevalenza legati a stili di vita maschili (70,5%), infatti per ogni soggetto femmina si rivolgono ai servizi 2,4 maschi. In generale si osserva un'età media più elevata nelle femmine rispetto ai maschi (M=49,3; F=53,5). Il 59,3% della popolazione analizzata si è rivolta solo ai Centri Alcologici/Ser.T.: su un totale di 424 soggetti il 46,9% (335) è rappresentato da alcolisti, e il 12,4% (89) da tossicodipendenti con uso concomitante di alcol. Il 34,4% (246) dei soggetti indagati è entrato in contatto solamente con le strutture ospedaliere mediante ricovero, mentre il 6,3% (45) è stato seguito sia dai Centri Alcologici/Ser.T. che dagli ospedali. Tra l'utenza complessiva il 13,1% (94) presenta un abuso di alcol associato ad una dipendenza da sostanze stupefacenti, di questi il 12,4% è in carico ai Ser.T.

Nel 2005 i soggetti che hanno seguito un trattamento terapeutico presso i Centri Alcologici territoriali per problemi di consumo problematico di alcol sono stati 424 e rappresentano la quota più consistente (59,3%) della popolazione complessiva analizzata. In prevalenza si tratta di pazienti maschi (70,3%), italiani (97,2%), residenti nella provincia di Ferrara (96,1%), con un'età media di 48 anni (47 tra i maschi e 49,5 tra le femmine). Le fasce di età più numerose sono quelle che vanno dai 40 ai 44 anni (14,9%) e dai 45 ai 49 anni (14%), elemento che indica la selezione del target di utenza dei centri

alcolici: adulti, con consumo problematico di alcolici protratto nel tempo, che si rivolgono ai servizi in condizioni di dipendenza. I giovani che abusano di alcolici e le persone con consumo eccessivo saltuario non vengono intercettate da questa tipologia di servizi, infatti i soggetti con età inferiore ai 25 anni sono solo 2 cioè lo 0,6%. Sono risultati 94 pari al 13,1% degli utenti totali. Sono in prevalenza maschi (82,7%), con un'età media di 37 anni (36 nei maschi e 39 nelle femmine), nella quasi totalità residenti nella provincia di Ferrara. Si tratta di una popolazione più giovane rispetto agli alcolisti, infatti la quota under 25 anni raggiunge l'8,5% (8 soggetti) mentre il 28,7% appartiene alla classe modale 35-39 anni. I soggetti che nel 2005 hanno avuto un ricovero ospedaliero per problemi alcol correlati sono stati 246, ovvero il 34,4% della popolazione con problemi alcol correlati rilevata nello studio. Alcuni elementi caratterizzano questa fascia di utenza: sono i più anziani con un'età media 61 anni (60 anni nei maschi e 63 anni nelle femmine), sono in prevalenza maschi (69,5%), anche se la proporzione femminile è la più elevata rispetto agli utenti Ser.T. e ai concomitanti (30,5%). Sono residenti nel territorio ferrarese (85%) anche se la quota di non residenti raggiunge il 15%. La classe modale è rappresentata dagli over 65 anni (35,4%), mentre si registra un solo soggetto con età inferiore ai 17 anni con un ricovero ordinario per danno epatico da alcol. Sono solo 45 i soggetti che hanno seguito un trattamento nei centri alcolologici e in concomitanza hanno avuto almeno un ricovero in ospedale e rappresentano il 6,3% del totale. I maschi (70,5%) hanno un'età media di 48 anni contro i 51 anni delle femmine (29,5%). Sono per la totalità residenti nella provincia di Ferrara e si concentrano nella fascia di età che va dai 40 ai 44 anni (28,9%).

Caratteristiche socio-anagrafiche dell'utenza per servizio: valori assoluti, raffronti percentuali ed età media

Az. Usi di Ferrara	Alcolisti Ser.T.		Ricoverati in Ospedale		Concomitanti Ser.T. e Ospedale		Totale		Età media
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Totale	424	59.3	246	34.4	45	6.3	715	100	50.52
Maschi	298	70.3	171	69.5	35	77.8	504	70.5	49.30
Femmine	126	29.7	75	30.5	10	22.2	211	29.5	53.46
Italiani	411	97.2	223	94.1	43	95.6	677	94.7	50.88
Stranieri	12	2.8	14	5.9	2	4.4	28	3.9	39.60
Residenti	399	96.1	209	85.0	44	100	652	70.8	50.96
Non residenti	16	3.9	37	15.0	0	0	53	29.2	44.33

Nella provincia di Ferrara la dimensione della propagazione del fenomeno del consumo problematico di alcol nella popolazione generale è stata calcolata rapportando il numero di soggetti con un accertato problema alcol correlato, da parte dei Centri Alcolologici dei Ser.T. e dei Presidi Ospedalieri, alla popolazione residente. Complessivamente la prevalenza nella provincia di Ferrara è risultata pari a 2,34 ogni 1000 residenti con età compresa tra i 15 e i 64 anni, superiore

nei maschi rispetto alle femmine (M= 3,38; F=1,29), e pari a 1,92 per 1000 (M= 2,76; F= 1,10) rispetto a tutta la popolazione (0-100 anni).

Dall'analisi geografica dei tassi di prevalenza solo il distretto centro nord si colloca al di sopra della media provinciale: 2,77 per 1000 (15-64 anni) e 2,22 per 1000 popolazione totale. In particolare i maschi raggiungono una prevalenza di 4,05 soggetti ogni 1000 soggetti di età compresa tra i 15 e i 64 anni.

La prevalenza più bassa sia rispetto alla popolazione target 15-64 che rispetto a tutta la popolazione, la si registra nel distretto Ovest che si colloca decisamente al di sotto della media provinciale con 1,73 per 1000 (15-64) e 1,56 per 1000 rispetto a tutta la popolazione. Scomponendo le tipologie di utenza per comune di residenza si evidenzia che il 53,1% risiede nel distretto Centro Nord, di cui il 38,7% nella sola città di Ferrara. Tra i comuni non capoluogo si distinguono Copparo con il 7,1%, Cento che raggiunge il 6,7% del totale, Argenta e Comacchio con rispettivamente il 4,8% e il 4,3%.

Per quanto riguarda la variabilità territoriale in vari studi è stato rilevato che l'uso e di conseguenza l'abuso di alcolici possono essere influenzati da fattori culturali, ambientali e sociali e che all'origine del bere vi sono anche aspetti profondamente radicati nel costume del territorio.

Per la realtà di Ferrara si tratta di distretti socio-sanitari che si differenziano sia per specifiche caratteristiche di territorio sia di struttura della popolazione. In particolare, osservando l'indicatore di densità della popolazione si rilevano significative differenze tra il distretto Centro Nord, più popoloso con 199 abitanti ogni kmq e i distretti Ovest (176,2) e Sud Est (76,8). Nella scomposizione per età la popolazione con più di 65 anni rappresenta il 25,6% del totale (di cui il 12,4% "grandi anziani" di 75 anni e più); tale proporzione mentre si osserva anche nei distretti Sud Est (25,5% di cui over 75 anni 12%) e Centro Nord (26,8% di cui "grandi anziani" 13,1%), si discosta per il distretto Ovest (22,8% di cui over 75 anni 11,3%) che si configura demograficamente più giovane con un indice di vecchiaia (217) al di sotto della media provinciale (263). Tale peculiarità viene confermata dal confronto dei tassi di mortalità, infatti nel centese si registrano 11 decessi ogni 1000 residenti contro i 12,6 provinciali e i 13 dell'area Centro Nord e Sud Est.

Nel 2005 nella provincia di Ferrara ci sono stati 349 ricoveri per problemi alcol correlati per un totale di 6.356 giornate di degenza e una degenza media di 26,6 giorni. In media si sono avuti 1,4 ricoveri per ciascun soggetto. Tra i presidi pubblici la maggiore capacità di attrazione dei ricoveri per patologie alcol correlate avviene nel distretto Centro Nord che raccoglie il 71,3% dei ricoveri complessivi, il 57% dei quali viene effettuato presso l'Azienda Ospedaliera di Ferrara. Il Presidio Unico Ospedaliero dell'Azienda UsI di Ferrara ha registrato complessivamente 57 ricoveri pari al 16,3% del totale così distribuiti: 16 a Cento, 9 a Bondeno, 24 ad Argenta, 4 a Comacchio, 2 al Delta e 2 a Copparo. Le Case di Cura di Ferrara hanno assorbito 50 ricoveri, il 14,3% del totale. Il restante 4% dei soggetti si è rivolto ad altri presidi della Regione o fuori Regione.

Osservando la tabella sottostante il primo elemento che si può notare è che le strutture pubbliche assorbono l'80,5% dei ricoveri totali con una degenza

media di 19 giorni, mentre i ricoveri in Case di Cura private raggiungono il 19,5% con una degenza media di 14 giorni. Il 73,4% dei ricoveri è assorbito da pazienti maschi e il 26,6% dalle femmine, le quali risultano maggiormente presenti nelle case di cura piuttosto che nelle strutture pubbliche (35,3%).

Caratteristiche dei ricoveri per tipo di struttura. Anno 2005

Az. Usl di Ferrara	Strutture Pubbliche		Strutture Private		Totale	
	N	%	N	%	N	%
Totale	281	80,5	68	19,5	349	100
Maschi	212	75,4	44	64,7	256	73,4
Femmine	69	24,6	24	35,3	93	26,6
Giornate di degenza	5376		980		6356	
Degenza media	19,13		14,41		18,2	
Ricovero ordinario	234	83,3	68	100	302	86,5
Day Hospital	47	16,7	0	0	47	13,5

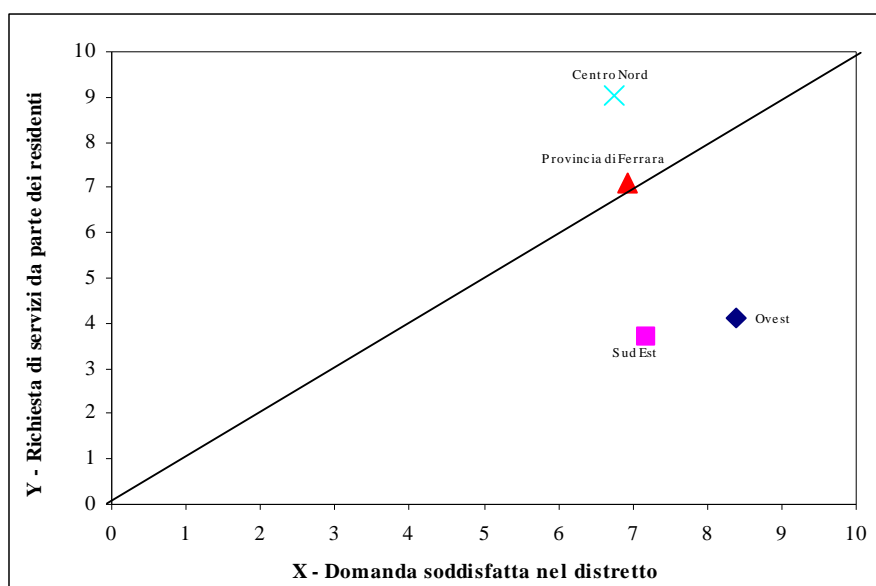
Un ulteriore elemento interessante che emerge dall'analisi è relativo alla modalità di ricovero, infatti il 63,9% dei ricoveri avviene con procedura d'urgenza e solo il 22,3% con ricovero programmato. Questo dato è spiegabile se si considera che da un lato le principali diagnosi registrate al momento del ricovero si riferiscono a patologie che presentano problemi di acutizzazioni improvvise (epatiti, cirrosi alcoliche), dall'altro che la manifestazione di problemi collegati all'abuso, alla dipendenza e in parte alle intossicazioni sono difficilmente programmabili. Osservando il dato dal punto di vista dei presidi pubblici prevale decisamente il ricovero d'urgenza (69%), mentre nelle strutture private la modalità di ricovero programmato (57,3%) prevale sul ricovero d'urgenza (42,7%).

Per quanto riguarda la proposta di ricovero (indistintamente dalla tipologia della struttura) il 52,7% è caratterizzato da un accesso diretto, il 22,1% avviene su invio del medico di medicina generale, il 19,8% da un medico specialista. Analizzando le differenze tra pubblico e privato, nelle case di cura prevale il ricovero su proposta del medico di base rispetto all'accesso diretto (47,1% vs 39,7%). L'86,5% dei ricoveri avviene in regime ordinario (62,9% per problemi connessi ai danni epatici, 38,4% per dipendenza da alcol e 3,6% per altri danni organici); diversamente il 13,5% dei ricoveri avviene in regime di day hospital l'89,4% dei quali per danni epatici.

Per quanto riguarda la mobilità interprovinciale, osservando la matrice dei dati e il nomogramma di Gandhi relativamente ai ricoveri del 2005 vengono subito evidenziati alcuni elementi che differenziano i tre distretti: la quasi totalità dei residenti nel Centro Nord (Y=90%) si rivolge a strutture ospedaliere del proprio territorio. Per il distretto Ovest e Sud Est ciò si verifica rispettivamente per il 41% e il 37% dei propri residenti. Questa situazione può essere meglio compresa se si osservano altri tre elementi: il primo è la posizione che i tre distretti occupano nel nomogramma data dall'incontro tra richiesta di

ricovero e domanda soddisfatta, tenendo conto che la collocazione sulla bisettrice indica una situazione di equilibrio. Come si può notare dalla figura la provincia di Ferrara si colloca sulla bisettrice esprimendo in questo modo una situazione di quasi equilibrio in cui comunque è ininfluente la domanda di “immigrati”. Diversamente la mobilità del distretto Centro Nord si colloca al di sopra della bisettrice ad indicare che riesce a soddisfare un livello elevato di richieste che provengono non solo dai propri residenti, ma anche da persone fuori distretto. I distretti Sud Est e Ovest si collocano invece sotto la bisettrice segnalando così che le richieste di ricovero dei residenti sono poco soddisfatte. Questo dato trova conferma in un secondo elemento che è la misura dell’interdipendenza dalle altre strutture, che per entrambi i distretti registra i valori più elevati (2,09 e 1,62). Un terzo elemento da notare è il reale bacino di utenza che i tre distretti si trovano a fronteggiare rispetto alla propria popolazione residente di riferimento. A conferma di quanto osservato fino ad ora il distretto Centro Nord si trova a fare i conti con un reale bacino di utenza più ampio di 38.221 soggetti rispetto alla propria popolazione residente di età compresa tra i 15 e i 64 anni.

Nomogramma di Gandhi



Dall’analisi delle patologie associate al consumo problematico di alcol provenienti dai dati sui ricoveri si rileva che la percentuale più elevata, in tutto il periodo di riferimento, è da imputare ai ricoveri per danni epatici (66,5%: strutture pubbliche 143 – strutture private 49) che includono, in ordine di frequenza, le cirrosi epatiche (29,8%) ossia lo stadio finale della lesione epatica da alcol irreversibile; la steatosi epatica alcolica (11,5%), che si manifesta nella

maggior parte dei forti bevitori, ma è reversibile con la sospensione del consumo di alcol; le epatiti acute alcoliche (3,7%) derivanti dall'assunzione di grosse quantità di alcol, che nei casi più severi può determinare un rischio di morte. Un ricovero su tre (35,5%: strutture pubbliche 106 – strutture private 18) avviene per problemi legati alla dipendenza da alcol, di cui il 12% dovuto ad intossicazione acuta. Diversamente, i ricoveri per abuso di alcol, ossia una modalità patologica di uso della sostanza dimostrata da ricorrenti e significative conseguenze avverse correlate, sono un numero molto esiguo (0,9%: strutture private 3): questo potrebbe essere spiegato dal fatto che per l'abuso vengono esclusi i sintomi della tolleranza, dell'astinenza e del craving, tipici invece della dipendenza. Seguono in ordine di numerosità le sindromi psicotiche (4,3%: strutture pubbliche 13 – strutture private 2) che comprendono il delirium da astinenza da alcol, le demenze da alcol, le psicosi alcoliche non specificate, la intossicazione alcolica idiosincrasica e la sindrome da astinenza da alcol. Infine troviamo altri danni organici (3,2%: strutture pubbliche 7 – strutture private 4) prevalentemente determinati da polineuropatia alcolica (7 casi), cardiomiopatia alcolica e gastrite alcolica.

L'epatopatia è la conseguenza più attesa dell'abuso alcolico dal momento che il fegato è la sede dove avviene prevalentemente la metabolizzazione dell'alcol. Certamente l'entità del consumo medio delle bevande alcoliche è il fattore di rischio principale per la genesi del danno epatico, ma pare molto importante anche la durata dell'abuso, infatti nessun soggetto che assuma più di 160 grammi di alcol/die sviluppa cirrosi se la durata è inferiore a cinque anni. Se invece tale consumo si mantiene per più di vent'anni circa il 50% dei pazienti tende a sviluppare questa patologia. In definitiva il rischio di epatopatia è legato principalmente al consumo continuativo di grandi quantità di alcolici per molti anni. Per quanto riguarda il sesso, è ormai accertato che quello femminile è più suscettibile all'epatopatia alcolica rispetto al maschile, ritenendosi tossiche per le donne dosi alcoliche del 30% inferiori a quelle indicate per gli uomini. Nelle donne inoltre si osserva un rischio maggiore di progressione dell'epatite verso la cirrosi anche dopo l'astensione dall'alcol⁴.

Nella popolazione in studio tra i ricoveri per cirrosi epatica il 71,2% si è verificato tra i maschi con un'età media di 61 anni e il 28,8% tra le femmine con un'età media di 63 anni. L'età media si abbassa leggermente tra i pazienti con steatosi epatica (57 anni), pur mantenendo la stessa distribuzione tra i sessi (M75%; F25%).

I pazienti con intossicazioni acute sono nella quasi totalità maschi (80,5%) e registrano l'età media più bassa (53 anni) con due casi di soggetti di 28 anni. Diversamente le epatiti acute interessano soggetti più anziani (età media 58,7%) e in prevalenza maschi.

⁴ Magnolfi F., *Fattori di rischio dell'epatite alcolica*, in Angiolini D., Dimauro P.E. (a cura di)(2000), *Manuale di alcologia*, Le Balze, Siena

Relativamente alla mortalità alcol correlata i trend nazionali⁵ dimostrano un andamento decrescente a partire dagli anni 80, costante e progressivo per le patologie croniche, ma meno evidente per le patologie acute, che sembrano essere poco influenzate dalla riduzione complessiva dei consumi.

Sul territorio di Ferrara nel 2005 sono stati osservati 22 decessi alcol correlati, che si sono verificati per il 68,2% nei maschi e per il 31,8% nelle femmine, e sono avvenuti in prevalenza in ospedale (15 casi pari al 68%), mentre tra gli utenti Ser.T. e tra i concomitanti si registrano complessivamente 7 decessi. Tra i soggetti Ser.T. o concomitanti le principali cause di morte sono state i tumori (4 casi), le malattie del sistema circolatorio (2 casi) e le epatopatie (1 caso).

Il totale della popolazione con problemi alcol correlati stimato per il 2005 è risultato pari a 2.505. Per ogni soggetto residente in trattamento al Ser.T. sono stati stimati 5,7 soggetti con problemi alcol correlati. Tuttavia il rapporto conosciuti/sconosciuti si distribuisce in maniera differente a seconda delle variabili considerate: è più alto per le femmine (1:3,5 N=188 Stima=851) rispetto ai maschi (1:2,2 N=464 Stima=1490) e per la fascia di età al di sopra dei 49 anni (1:3,8 N=325 Stima=1556). Va sottolineato che questo ultimo valore è più che doppio rispetto a quello della fascia di età sotto i 49 anni (1:1,2 N=327 Stima=737). Questo dato ci suggerisce, con le cautele che vanno sempre adottate per i metodi di stima, che il sommerso nella provincia di Ferrara si concentra soprattutto sulle donne, con età superiore ai 49 anni.

I dati che abbiamo descritto non rappresentano la dimensione completa e precisa del problema del consumo di alcol nella provincia di Ferrara, ma costituiscono uno dei metodi possibili per avvicinarsi alla stima della prevalenza del fenomeno nella popolazione. Dallo studio dei soggetti con problemi alcol correlati che entrano in contatto con il sistema dei servizi sono emersi alcuni aspetti importanti. Innanzitutto, utilizzando lo schema che fa riferimento alle diverse modalità in cui si può manifestare la condizione di alcolista, è possibile individuare alcune tipologie di soggetti: gli alcolisti con problemi legati ad abuso protratto nel tempo e quindi con situazioni di cronicizzazione e dipendenza che sono seguiti dai Centri Alcolologici dei Ser.T., i tossicodipendenti da sostanze psicotrope con consumo/abuso concomitante di alcol, i soggetti che si ricoverano in ospedale o in casa di cura per problemi sanitari acuti o cronici gravi legati all'abuso di alcol. In questo panorama i Centri Alcolologici dei Ser.T. confermano il loro ruolo di centralità nella risposta territoriale alle problematiche di abuso di alcol in termini di diagnosi, cura e riabilitazione. Tuttavia si evidenzia che i servizi territoriali e gli ospedali sembrano avere due flussi di utenza tra loro indipendenti essendo numericamente poco consistenti gli utenti in comune pur avendo attivato sul territorio provinciale protocolli di collaborazione tra Ser.T. e Presidi Ospedalieri. Dall'analisi dei ricoveri ed in particolare delle patologie di abuso e dipendenza, viene messo in luce il ricorso diretto al ricovero ospedaliero che

⁵ Sintesi della presentazione in occasione dell'Alcohol Prevention Day 2005 di Scafato E., Istituto Superiore di Sanità

avviene principalmente in regime di urgenza. Questo rilievo indica uno spazio organizzativo di miglioramento in un'ottica di servizi in rete

In generale si può affermare che i servizi presenti sul territorio arrivano tardi ai pazienti, come dimostra la loro età media elevata, e ne contattano una piccola quota rispetto all'elevato numero di soggetti sconosciuti alle strutture sanitarie. In questa ottica si può ipotizzare lo sviluppo di strategie innovative per intercettare i soggetti con modalità diverse rispetto al ricorso ai servizi solo nel momento dell'emergenza dettata da acutizzazioni improvvise o a problemi collegati alla dipendenza. I servizi oggetto dello studio si sono specializzati su un target di utenza prevalentemente adulta, con una cultura tradizionale del bere e un consumo protratto negli anni. Ora tenendo conto che sembra affermarsi anche in Italia una cultura del bere definita "umida", che accanto ai tradizionali stili di consumo, associati al cibo e alla convivialità, associa un incremento dei consumi di birra e superalcolici concentrato nel fine settimana e finalizzato all'effetto intossicante (binge drinking), si rende necessario prestare molta attenzione a queste nuove tipologie di giovani abusatori occasionali, che associano spesso l'alcol alle sostanze stupefacenti.

Tenuto conto che l'alcol continua a rappresentare una delle principali cause di morbilità in termini di rischio attribuibile e che il numero di alcolisti afferenti ai servizi pubblici rappresenta solo la punta di un iceberg, in questi ultimi dieci anni il sistema dei servizi si è trovato a dover rispondere alla richiesta di interventi specifici e mirati, che hanno coinvolto professionisti di discipline diverse con una specifica preparazione. Inoltre la diffusione di comportamenti a rischio correlati all'uso di bevande alcoliche in tutte le fasce di età nella popolazione generale ha richiesto azioni di prevenzione primaria e secondaria mirate ed estese sul territorio. Dal 1996 i Ser.T., in linea con gli indirizzi⁶ della Regione Emilia-Romagna sugli interventi per la prevenzione, la cura e la riabilitazione dell'alcolismo e dei problemi alcol correlati, hanno attuato una riorganizzazione che ha portato all'apertura di strutture in grado di trattare il problema a livello territoriale, in un'ottica di coordinamento con le competenze specialistiche ospedaliere e universitarie. L'istituzione dei Centri Alcolologici ha permesso di affrontare il problema dell'alcol dipendenza nella sua complessità e multifattorialità e gli incrementi esponenziali⁷ dell'utenza in carico, registrati negli ultimi dieci anni, hanno confermato l'efficacia di questi servizi nell'intercettare un bisogno di salute non ancora canalizzato verso un trattamento terapeutico specifico. All'offerta terapeutica si sono inoltre affiancate politiche sanitarie pubbliche incentrate sulla promozione di interventi di prevenzione primaria nelle scuole. Nella provincia di Ferrara sono stati attivati nelle scuole secondarie percorsi sui comportamenti a rischio legati all'assunzione di sostanze psicotrope in adolescenza applicando metodologie basate sull'esperienza dell'educazione tra pari. In particolare con il progetto "BOB - stasera guido io" si è cercato di promuovere nella popolazione

⁶ Regione Emilia Romagna, Delibera di Giunta 17 luglio 1996, n.1639.

⁷ La provincia di Ferrara ha avuto con un tasso medio di crescita annuo del 17%.

giovanile una maggiore consapevolezza in generale sui rischi legati all'uso di alcol e in particolare sul rischio di incidenti automobilistici associati all'assunzione di sostanze psicoattive.

Va ricordato che, a partire dal 2007, è stato avviato un progetto Alcol e lavoro che mira a sviluppare interventi finalizzati ad incidere sul rapporto tra consumo di bevande alcoliche, abuso di alcol e sicurezza nei luoghi di lavoro. L'obiettivo generale è quello di coinvolgere alcune aziende del territorio della Ausl di Ferrara nell'analisi del problema relativo al consumo di bevande alcoliche, al fine di promuovere una riduzione dello stesso nella popolazione occupata.

In questa fase storica, lo studio suggerisce di approfondire la ricerca di un trattamento integrato, che non è semplicemente l'offerta di una gamma di opportunità terapeutiche, ma la costruzione di una risposta flessibile ed organica alla complessità del fenomeno in grado di rispettare il modello interpretativo multidimensionale⁸.

⁸ Mosti A. (2000), *Trattamento integrato della dipendenza da alcol*, in "Medicina delle Tossicodipendenze", *Alcolismo*, VIII (29)

6. La Romagna

6.1 Problemi e patologie alcol correlate nella Provincia di Ravenna

A cura di *Giovanni Greco* *

La popolazione della provincia di Ravenna al 31/12/2005¹ ammonta a 369.425 abitanti (189.893 femmine e 179.532 maschi) con un aumento del 1,11% rispetto all'anno precedente.

Osservando il periodo che va dal 2002 al 2005 la popolazione del Distretto di Ravenna aumenta del

4,34% (187.128 ab.) con una variazione media del 1,45%, quella del Distretto di Lugo del 2,58% (98.006 ab.) con una variazione media dello 0,86% e quella del Distretto di Faenza del 2,56% (84.291) con una variazione media dello 0,88%.

Nella fascia d'età 15-64 anni la popolazione provinciale raggiunge le 235.845 unità, dove i maschi sono 118.888 e le femmine 116.957.

La classe d'età che registra l'incremento più consistente (+3,07%) è rappresentata dalla classe 0-14 anni mentre è in calo la popolazione dai 25/34 anni del 1,83%. Gli ultra sessantacinquenni aumentano del 1,51%.

Diminuisce l'indice di vecchiaia dal 1996 al 2005 da 222,7 a 207. Tale andamento è determinato da incrementi più sostenuti nella popolazione giovanile.

Aumenta l'indice di dipendenza generale (rapporto tra la popolazione che non lavora, bambini ed anziani, e quella potenzialmente attiva) che passa da 48,4 del 1996 a 56,6 del 2005, per effetto sia di un incremento dell'indice di dipendenza giovanile (che passa da 15 del 1996 a 18,5 del 2005) che da quello di dipendenza senile (con una variazione dal 1996 al 2005 da 33,4 a 38,2).

Sono in aumento ogni tipo di famiglia: sia famiglie unipersonali frutto di comportamenti sociali quali accrescimento di single in età centrale o invecchiamento, sia famiglie numerose legate a fattori migratori. Pressoché stabile rimane la dimensione media che passa da 2,31 componenti del 2004 a 2,29 del 2005.

* Hanno collaborato: *Marcella Fanelli*, Biologo, Osservatorio Provinciale sulle dipendenze Azienda Usl di Ravenna, *Matteo Gori*, Sociologo, Osservatorio Provinciale sulle dipendenze Azienda Usl di Ravenna.

¹ Fonte: www.racine.ra.it/provincia/statistica

La popolazione straniera residente in provincia di Ravenna al 31/12/2005 ammonta a 23.272 abitanti, registrando un aumento nel 2005 meno sostenuto che nel 2003, e nel 2004.

Analizzando la struttura per età degli stranieri si nota che gli immigrati stranieri sono costituiti prevalentemente da popolazione giovane o in età centrale 19-49 anni (16.768 pari al 72,05%).

Per gli effetti di alterazione che produce in chi guida, l'alcol è tra le maggiori cause di incidenti stradali e in Italia si stima che riguardi fino al 30% dei sinistri. Un problema che tocca non solo il nostro territorio, comprensorio di luoghi di divertimento, ma tutto il paese e l'intera Unione Europea. Spesso sono i locali notturni, frequentati dalle generazioni più giovani, a essere additati come fonte di tutti i mali, ma il problema riguarda diverse fasce d'età. Secondo le analisi effettuate dal laboratorio di farmacologia e tossicologia dell'ospedale di Ravenna, dal 2002 al 2006, sono state 996 le persone coinvolte in incidenti stradali in provincia per effetto dell'assunzione di alcol o droghe. Di queste 846 sono uomini, 665 italiani, 150 sono donne. Oltre il 75% delle persone esaminate aveva un'età inferiore ai 45 anni, quasi il 40% rientrava nella decade tra i 20 e i 30 anni, seguito da circa un 27% tra i 30 e i 40 anni, mentre non si supera il 6% per gli under 20. Delle 996 persone esaminate 480 sono risultate positive all'etilometro, in particolare 231 con valori dall'1,51 a 2,50 grammo per litro, oltre 3 volte il livello consentito. Anche l'indagine condotta dall'Istituto superiore di Sanità sull'assunzione di alcol conferma un quadro preoccupante: secondo gli ultimi dati divulgati l'alcol è riconosciuto, tra i fattori umani, quello più rilevante in termini di rischio. Riguarda un quinto di tutti i ricoveri urgenti, dal 10 al 30% degli incidenti gravi e mortali in ambito lavorativo, fino al 50% degli accessi al Pronto soccorso per incidente stradale. Almeno il 30% delle persone sottoposte a controlli dell'alcolemia è risultato positivo e circa il 10% delle persone fermate in stato d'ebbrezza presenta alcolemie maggiori a 1,50 grammi al litro.

L'attività alcolologica territoriale viene esercitata nei tre Ser.T., presenti nei distretti della provincia, da personale dedicato ma altresì impegnato anche sul fronte della tossicodipendenza. L'intervento proposto si caratterizza per prassi di accoglienza indirizzate all'identificazione della domanda, all'esplorazione delle risorse familiari e relazionali, alla definizione dello stato di salute, all'individuazione delle abilità residue. I professionisti impegnati (medici internisti, medici psichiatri, psicologi psicoterapeuti, assistenti sociali, educatori, infermieri professionali) hanno una formazione post-universitaria in ambito alcolologico, nella pratica motivazionale e sulla prevenzione delle ricadute.

Ove possibile, il primo colloquio viene eseguito dalla componente sociale dell'equipe, che utilizza una intervista strutturata corredata da test e questionari validati. È possibile inoltre sostenere pratiche di counselling sui familiari, in assenza della volontà del paziente di presentarsi. La diagnosi viene condivisa in equipe che è la sede della proposizione degli itinerari di cura. Questi non hanno una indispensabile valenza farmacologica ma possono dipanarsi nella terapia di sostegno alla persona ed al suo mondo relazionale, nella motivazione al

cambiamento, nell'esperienza dell'autocoscienza attraverso il gruppo psico-educativo, nel monitoraggio dello stato di salute, nella cooperazione al controllo ed al supporto della funzione genitoriale, nella tutela delle parti deboli.

In questi anni l'ampliamento della forbice delle età di limite dei pazienti seguiti, associata con un ovvio incremento dei bisogni assistenziali, ha imposto un adeguamento dell'offerta e la ricerca di una migliore collaborazione con gli altri attori della realtà territoriale, ad iniziare dai medici di medicina generale con i quali, di recente, si è realizzata un'intesa in ordine all'invio ed allo scambio di informazioni sui percorsi di trattamento. Nei Ser.T., oltre alla possibilità di effettuare disintossicazioni con modalità di somministrazione di farmaci ed osservazione mattutina prolungata, disassuefazioni, controllo del craving e supporto all'astinenza protratta, si esegue il monitoraggio delle condizioni morbose correlate, in accordo con i reparti o le divisioni specialistiche di pertinenza, al fine di garantire la continuità assistenziale. Tra le attività a più alta attenzione vi è pure la collaborazione sul controllo dei pazienti in lista d'attesa per trapianto di fegato.

Le attività di consultazione e collegamento sono realizzate tanto nei reparti ospedalieri (prevalentemente Gastroenterologia, Medicina, Neurologia, SPDC) e presso i colleghi impegnati nell'intervento sulle acuzie, quanto negli ambiti medico-legale (commissioni patenti-1455 visite nel 2007), della psichiatria del territorio, penitenziario, del lavoro (attività di sensibilizzazione, educazione alla salute, promozione di stili di vita sani), della tutela ai minori, per l'accertamento dell'idoneità all'adozione (come richiesto dagli accordi stipulati con i paesi dell'ex URSS). Ulteriore e significativo investimento delle competenze e delle conoscenze maturate, avviene nei luoghi e nei contesti di ritrovo, specie sulla costa, nella stagione estiva, allo scopo di innescare condotte consapevoli e tutelanti ed una adeguata percezione del rischio. Analoghe iniziative si realizzano nelle scuole e presso la cittadinanza.

Per quanto concerne l'opportunità di ricorrere ad un ricovero ospedaliero nelle condizioni di maggior rischio (anamnesi positiva per crisi comiziali, episodi di delirium, compromissione organica), vi è una positiva collaborazione con l'ospedalità privata accreditata presente sul territorio, che offre degenze brevi (5-6 giorni) e concordata dichiarazione diagnostica. Per gli interventi di riabilitazione di durata medio-breve, si prediligono itinerari personalizzati, che vengono individuati nelle cinque principali unità alcoliche ospedaliere presenti sul territorio nazionale, a seconda delle strutture temperamentali, di personalità e relazionali dei pazienti sensibili. Infine nel territorio ravennate si è di recente integrata una realtà residenziale specifica per il trattamento dell'alcol dipendenza, presso la Fondazione Nuovo Villaggio del Fanciullo, che offre percorsi di recupero in Comunità della durata media di sei mesi ed ai quali collaborano i Servizi medesimi.

Non ultima né meno significativa è la presenza dei gruppi di auto-aiuto e delle comunità multifamiliari: una peculiare caratteristica di tali presenze è in una forma di aggregazione che riproduce le tradizioni e le culture di provenienza, favorendo comunque l'assimilazione e l'integrazione di nuovi soggetti altrimenti, e non necessariamente a causa del potus, esclusi. Tale

elemento è di particolare rilevanza, da un lato per la sempre maggiore presenza di migranti, stranieri e non, con problematiche alcol correlate (e modalità di consumo intossicanti, talora francamente autolesive), dall'altra per una tuttora persistente reticenza, specie nel capoluogo, a ricorrere all'aiuto in presenza del bere, specie se sostenuto da dinamiche di automedicazione.

La base dati da cui si è partiti per la realizzazione del presente lavoro è costituita dall'utenza alcolista e dall'utenza tossicodipendente con concomitante consumo di alcol seguita dai Servizi per le Dipendenze del territorio provinciale² e dai pazienti ricoverati nelle strutture ospedaliere per patologie attribuibili all'alcol³ seguiti nel corso dell'anno 2005.

I pazienti seguiti dai servizi per le dipendenze sono stati 498⁴. Di questi il 79,8% è stato diagnosticato come alcolista, mentre la restante percentuale è costituita da tossicodipendenti con un concomitante e problematico consumo di alcol⁵. Inoltre, i maschi sono il 71,7% e i residenti nei comuni della provincia rappresentano il 90,6%.

I soggetti ricoverati per patologie attribuibili all'alcol sono stati 288, per un totale di 422 ricoveri e una media di ricoveri per persona pari a 1,5. Le giornate di degenza sono state 12.207 per una permanenza media per ogni ricovero di 28,9 giorni. L'81% di tali ricoveri è avvenuto in strutture pubbliche e per oltre i due/terzi dei casi la causa è legata a danni organici (neurologici o epatici). Un ulteriore elemento emerso è quello relativo al regime di ospedalizzazione, che evidenzia un prevalente utilizzo del ricovero ordinario (84,4% delle degenze), sia per quanto riguarda il trattamento delle patologie organiche sia nelle situazioni quali le sindromi di dipendenza da alcol.

La maggior parte dei ricoveri (75,8%) non è programmato ma è richiesto per affrontare una situazione di urgenza. Inoltre, più della metà delle degenze è avvenuta per accesso diretto del paziente e la restante parte su proposta del medico di base o di un medico specialista. Infine, fra i ricoveri per patologie alcol correlate del 2005 si sono verificati 5 decessi.

Nel corso dell'anno in esame 67 persone fra quelle analizzate in precedenza ha avuto almeno un accesso in entrambi i Servizi presi in considerazione dalla ricerca. Pertanto, i pazienti con problemi alcol correlati seguiti nel 2005 dal Servizio Dipendenze e dalle strutture ospedaliere sono stati in totale 719⁶. La maggioranza di queste persone è di nazionalità italiana e l'87,3% risiede in

² Tali dati sono stati estrapolati dal Sistema Informativo sulle Dipendenze (SistER)

³ Sono stati presi in considerazione tutti i ricoveri avvenuti nelle strutture ospedaliere provinciali e i ricoveri di soggetti residenti nella Provincia di Ravenna in ospedali extra provinciali che presentavano nella Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO) almeno una patologia attribuibile all'alcol. Le cause di ricovero sono indicate con i codici definiti dall' ICD X, il sistema di classificazione statistica delle malattie e dei problemi sanitari correlati, validato ed utilizzato a livello internazionale.

⁴ Età media 44,7 anni (min: 18 – max: 75; Dev. St. 12,28).

⁵ Sono gli utenti Ser.T. che nella scheda dipendenza patologica di SistER hanno indicato come sostanza secondaria l'alcol

⁶ Età media 48,3 anni (min: 18 – max: 89; Dev. St. 14,47).

Provincia. L'analisi per genere non evidenzia differenze rilevanti per quanto riguarda l'età media dei soggetti: 47,9 anni per le femmine contro i 48,4 anni dei maschi (per maggiori dettagli circa le informazioni socio-anagrafiche si rimanda il lettore all'allegato statistico in appendice). L'analisi dei pazienti seguiti per problematiche alcol correlate residenti nella Provincia di Ravenna (che in totale sono 626) pone in luce come il 47,6% delle persone seguite in ospedale e/o dal Servizio per le Dipendenze per patologie alcol correlate risiedono nel territorio del Distretto di Ravenna, il 27,5% nel Distretto di Lugo e il 24,9% nel Distretto di Faenza. Se si analizzano solo le persone di età compresa fra i 15 e i 64 anni (età standard per l'analisi dell'utenza alcolista) si evidenzia che il numero di residenti si attesta a 527 con percentuali di residenti nei diversi distretti speculari a quelle della popolazione globale. Un confronto più corretto fra i tre distretti, ottenuto rapportando i soggetti con la popolazione residente, evidenzia come ci sia un tasso di prevalenza più elevato nel distretto di Lugo e fra i maschi, sebbene i valori non si discostino in modo significativo.

Soggetti con problemi alcol correlati per distretto di residenza: prevalenza per 1.000 residenti di età 15-64 anni - Dati 2005

Az. Usl di Ravenna	Maschi	Femmine	TOTALE
Distretto RAVENNA	3,06	1,19	2,13
Distretto LUGO	3,34	1,43	2,40
Distretto FAENZA	3,26	1,29	2,29
TOTALE PROVINCIA	3,18	1,27	2,23

L'osservazione dei dati di prevalenza su tutta l'utenza residente mostra dei valori del tasso di prevalenza leggermente più elevati e disomogenei, soprattutto nel distretto di Faenza che raggiunge un tasso generale pari a 2,92.

Soggetti con problemi alcol correlati per distretto di residenza: prevalenza per 1.000 residenti di età 0-100 anni – Dati 2005

Az. Usl di Ravenna	Maschi	Femmine	TOTALE
Distretto RAVENNA	3,59	1,30	2,45
Distretto LUGO	3,96	1,66	2,82
Distretto FAENZA	4,33	1,48	2,92
TOTALE PROVINCIA	3,85	1,44	2,65

L'analisi dei pazienti delle diverse strutture (Centro Alcológico e reparti ospedalieri) ai quali un soggetto con problemi o patologie alcol correlate può accedere, ha portato ad individuare 719 soggetti⁷ (di cui 67 trattati da entrambe le strutture) residenti nel territorio dell'Azienda Usl di Ravenna che nel corso

⁷ Il soggetto che nel corso dell'anno è entrato in contatto con servizi diversi viene conteggiato una sola volta.

dell'anno hanno espresso una domanda di trattamento. In merito al servizio coinvolto, si può notare come nell'arco di tempo esaminato, il Centro di Alcologia rimane quello che percentualmente coinvolge un maggior numero di soggetti, costituendo il 69,2% dei soggetti residenti nel territorio provinciale che hanno fatto domanda di assistenza. Oltre all'immagine del fenomeno dal punto di vista dei servizi è importante anche stimare la numerosità di popolazione problematica nascosta, cioè quella quota di popolazione che nonostante abbia problemi alcol correlati non si è mai rivolta ai Servizi preposti dislocati sul territorio. Il metodo più utilizzato in questo genere di rilevazioni è quello denominato 'cattura e ricattura' a due fonti, che consente di stimare il numero non conosciuto di un fenomeno attraverso elaborazioni effettuate sui dati noti. La stima del numero oscuro degli alcol dipendenti nel territorio della provincia di Ravenna è stata ottenuta prendendo in considerazione le 2 fonti fra loro ritenute indipendenti che sono state descritte nelle pagine precedenti. Ovviamente si tratta dell'archivio del Centro Alcológico⁸ e dei dati provenienti dalle cartelle cliniche relative ai ricoveri ospedalieri dell'Azienda Usl di Ravenna per patologie attribuibili all'alcol. Questo metodo ha portato a stimare in 2.111 le persone con problemi imputabili all'alcol che, sulla scorta del calcolo degli intervalli di confidenza, è un valore che può oscillare tra 1.706 e 2.516 unità. La stima del rapporto sconosciuti/conosciuti porta a sostenere che ogni 10 pazienti che si rivolgono al Ser.T., sul territorio ce ne sono altri 43 con problemi alcol correlati che non si rivolgono ai Servizi preposti.

Nelle tabelle sottostanti sono riportati nel dettaglio i dati del sommerso differenziati per genere, residenza ed età. I maschi presentano una stima di soggetti con problemi connessi all'alcol pari a 1.584 e un rapporto sconosciuti/conosciuti che si attesta a 4,4. Le femmine una stima di 517 persone e un rapporto sconosciuti/conosciuti paria a 3,7.

Soggetti con problemi alcol correlati: stima del sommerso e rapporto sconosciuti/sconosciuti per il totale e per sesso - Dati 2005

Soggetti alcolisti	N	Maschi	N	Femmine	N
Utenti Ser.T.	498	Utenti Ser.T.	357	Utenti Ser.T.	141
Ricoverati Ospedale	288	Ricoverati Ospedale	216	Ricoverati Ospedale	72
Ser.T. e Ospedale	67	Ser.T. e Ospedale	48	Ser.T. e Ospedale	19
Totale soggetti	719	Totale soggetti	525	Totale soggetti	194
Stima nr. Oscuro	2111	Stima nr. Oscuro	1584	Stima nr. Oscuro	517
I.C. estremo inf.	1706	I.C. estremo inf.	1225	I.C. estremo inf.	342
I.C. estremo sup.	2516	I.C. estremo sup.	1944	I.C. estremo sup.	692
Sconosciuti/Conosciuti	4,3	Sconosciuti/Conosciuti	4,4	Sconosciuti/Conosciuti	23,7

⁸ Abbiamo considerato tutti gli utenti alcolisti presi in carico dal Servizio con residenza nella provincia di Ravenna e tutti coloro che nel medesimo periodo risultavano in carico come tossicodipendenti ma con concomitante abuso di alcol.

Fra i residenti in Provincia la stima di soggetti con problemi connessi all'alcol è pari a 1.687 e il rapporto sconosciuti/conosciuti arriva a 3,7. Fra i non residenti la stima è di 264 persone e il rapporto sconosciuti/conosciuti è 10,6. Soggetti con problemi alcol correlati: stima del sommerso e rapporto conosciuti/sconosciuti per residenza - Dati 2005

Soggetti residenti	N	Soggetti non residenti	N
Utenti Ser.T.	451	Utenti Ser.T.	25
Ricoverati Ospedale	238	Ricoverati Ospedale	50
Ser.T. e Ospedale	63	Ser.T. e Ospedale	4
Totale soggetti	626	Totale soggetti	71
Stima nr. Oscuro	1687	Stima nr. Oscuro	264
I.C. estremo inf.	1362	I.C. estremo inf.	83
I.C. estremo sup.	2012	I.C. estremo sup.	445
Sconosciuti/Conosciuti	3,7	Sconosciuti/Conosciuti	10,6

La stima di soggetti con problemi connessi all'alcol fra le persone con meno di 50 anni è di 1083 e il rapporto sconosciuti/conosciuti di 3,2, mentre fra le persone con 50 anni o più la stima è di 837 e il rapporto sconosciuti/conosciuti pari a 5,2.

Soggetti con problemi alcol correlati: stima del sommerso e rapporto conosciuti/sconosciuti per età - Dati 2005

Soggetti con età <= 49 anni	N	Soggetti con età > 49 anni	N
Utenti Ser.T.	337	Utenti Ser.T.	161
Ricoverati Ospedale	108	Ricoverati Ospedale	180
Ser.T. e Ospedale	33	Ser.T. e Ospedale	34
Totale soggetti	412	Totale soggetti	307
Stima nr. Oscuro	1083	Stima nr. Oscuro	837
I.C. estremo inf.	800	I.C. estremo inf.	619
I.C. estremo sup.	1365	I.C. estremo sup.	1054
Sconosciuti/Conosciuti	3,2	Sconosciuti/Conosciuti	5,2

La valutazione del bacino di utenza delle persone con problemi alcol correlati nella provincia di Ravenna e della relativa capacità di soddisfacimento della richiesta di cure da parte delle strutture ospedaliere è stata realizzata attraverso il nomogramma di Gandhi. Si tratta di una tecnica di misurazione che permette di valutare la mobilità dell'utenza, ossia il rapporto

tra i ricoveri importati (I) ed esportati (E) e la domanda soddisfatta nel territorio di residenza (Rr+I)⁹.

Le suddette analisi, estrinsecate nella tabella sottostante, evidenziano il rapporto tra la richiesta di trattamento e la domanda soddisfatta (Y/X) per singolo distretto e per la Provincia nel suo complesso. Laddove tale rapporto è superiore a 1 significa che sulle strutture locali c'è la tendenza ad una migrazione di soggetti provenienti da altri territori, mentre se il rapporto è inferiore a 1 sono le persone del territorio di riferimento che tendono ad emigrare per ricevere le cure inerenti le proprie problematiche.

Analisi del bacino di utenza: nomogramma di Gandhi - Dati 2005

	Rr	I	E	X	Y	Y/X	PR	PA	D
Ravenna	118	53	56	69	68	1.0	121595	119499	0.92
Lugo	45	13	65	78	41	0.5	60898	32110	1.73
Faenza	60	85	14	41	81	2.0	53352	104541	1.65
Area Metropolitana	223	64	48	78	82	1.1	235845	249769	0.50

Nella provincia di Ravenna si assiste ad una situazione piuttosto eterogenea se analizzata per distretto: infatti, a Lugo si osserva una elevata migrazione di residenti verso strutture extraterritoriali rispetto a coloro che si rivolgono all'ospedale di Lugo da altri territori, mentre a Faenza la situazione è esattamente opposta e a Ravenna si nota un dato di equilibrio fra residenti che si rivolgono a strutture esterne e non residenti che richiedono assistenza a Ravenna. Dalla tabella sottostante si osserva la distribuzione dei ricoveri per distretto di residenza e struttura ospedaliera: il 68% dei residenti del distretto di Ravenna ricoverato per patologie alcol correlate riceve le cure nelle strutture del proprio territorio, mentre a Faenza questa percentuale arriva all'81% e a Lugo solo al 41%. Come appare presumibile rispetto alla lettura dei dati effettuata, gran parte dei residenti di Ravenna e Lugo che si avvale di cure in strutture esterne al proprio distretto di residenza si rivolge a quelle di Faenza.

Analisi del bacino di utenza: nomogramma di Gandhi - Dati 2005

Residenza Ricovero	Ravenna	Lugo	Faenza	Fuori Provincia	Totale Ricoveri
Ravenna	118	23	6	24	171
Lugo	5	45	3	5	58
Faenza	24	26	60	35	145
Fuori Provincia	27	16	5		48
Totale ricoveri	174	110	74	64	422

⁹ Rr=ricoveri di residenti; I=ricoveri di non residenti; E=ricoveri di residenti in strutture esterne. Pertanto Rr+I=domanda soddisfatta dalle strutture provinciali e X è il relativo tasso, mentre Rr+E=domanda espressa dai residenti e Y è il relativo tasso.

6.2 Analisi territoriale di Forlì: caratteristiche della popolazione e offerta di servizi

Di *Samantha Sanchini*

Il Comprensorio dell'Ausl di Forlì è l'aggregato di 15 comuni: Forlì, Forlimpopoli, Bertinoro, Santa Sofia, Galeata, Civitella, Meldola, Premilcuore, Predappio, Portico e San Benedetto, Rocca San Casciano, Dovadola, Castrocaro-Terra del Sole, Modigliana e Tredozio¹.

Il territorio è suddiviso in quattro "vallate" (Valle del Tramazzo, Valle del Montone, Valle del Rabbi e Valle del Bidente), un "grande centro" e due "comuni di cintura" (Bertinoro e Forlimpopoli). Sono presenti sia comuni di montagna, di collina e di pianura.

Nel 2005 la popolazione residente nel Comprensorio Forlivese è di 178.979 abitanti, su una superficie di 1260,14 (kmq) e una densità di 142 (abit/kmq). Le zone più densamente popolate sono quelle di pianura. L'età media dei residenti è di 45,0 anni.

Il tasso di crescita, sulla popolazione è 0,86%. Il tasso di variazione naturale della popolazione è negativo (-2,3); il tasso di mortalità (11,4) è più alto di quello di natalità (9,1). La componente femminile della popolazione è leggermente maggioritaria rispetto a quella maschile; la popolazione anziana è molto maggiore di quella giovane.

Il totale della popolazione in età non attiva costituisce il 55,6% di quella in età attiva e al suo interno è prevalente la componente anziana. Ancora più evidente è lo squilibrio all'interno della popolazione in età attiva (sembra comunque esserci un miglioramento rispetto all'anno precedente). Questi dati indicano un progressivo invecchiamento della popolazione. Analizzando le differenze fra un territorio e l'altro è evidente come nelle vallate vi sia una crescita minore, un tasso di mortalità più alto, e una presenza più alta di anziani, eccezione fatta per la valle del Montone. L'incidenza dei residenti stranieri sul totale dei residenti è nel comprensorio di Forlì il 6,3%. La maggior presenza straniera si registra in alcuni comuni del comprensorio forlivese, ciò potrebbe essere dovuto alla presenza o assenza di opportunità di lavoro: nella fattispecie a Galeata, dove si tocca la punta massima del 15,8% e a Civitella di Romagna (10,8%) è presente una grossa azienda di pollami. Altri comuni con alta percentuale di residenti stranieri sono Dovadola (9,3%), Castrocaro-Terra del Sole (7,9%), Meldola (7,5%), Santa Sofia (7,4%) e Modigliana (6,6%). I comuni con minor presenza straniera sono, invece, Tredozio (1,5%) e Portico e San Benedetto (3,2%): comuni piccoli, di montagna, lontani dalle grandi vie di comunicazione e dai grandi centri abitati.

Infine, gli indici di attrattività ci offrono una misura sintetica del grado di apertura del territorio agli scambi demografici con l'esterno. Confermano il carattere attrattivo, anche se in lieve ridimensionamento, già segnalato lo scorso

¹ Fonte: Camera di commercio Forlì Cesena (2006), *Quaderni di statistica: Popolazione 2005*

anno: il tasso migratorio netto è pari a 12,2; più basso nelle vallate rispetto ai comuni di Pianura, ad eccezione di quella del Montone.

Per quanto riguarda la natura dell'immigrazione e dell'emigrazione, si tratta prevalentemente di spostamenti all'interno del territorio nazionale. Per quanto riguarda l'immigrazione, nonostante la quota proveniente dall'estero sia cresciuta notevolmente e rapidamente negli ultimi anni la sua incidenza si è un po' ridimensionata nel 2005, attestandosi al 38,0%. L'emigrazione, invece, è costituita per il 79,3% da spostamenti verso le altre province italiane. Gli indici che analizzano la natura dei movimenti migratori (immigrazione ed emigrazione) evidenziano una differenza fra i comuni: in quelli di Pianura e della Valle del Tramazzo, vi è un maggior movimento migratorio con le altre province italiane, rispetto a quelli delle altre tre vallate e un minor movimento migratorio interno alla provincia.

Nel distretto di Forlì le strutture sanitarie che si occupano dei soggetti con problemi alcol correlati sono i reparti ospedalieri, le case di cura private e il Centro di Alcologia. Quest'ultimo è stato istituito nel 2001 come risposta più strutturata del territorio alla problematica.

Un'ulteriore struttura che si occupa di problematiche relative all'uso/abuso di alcol è il Pronto Soccorso; esso eroga prestazioni in una situazione di emergenza, gli accessi non sempre portano ad un ricovero in un reparto di degenza, ma ci può essere anche il trattamento e l'osservazione in Osservazione Breve Intensiva (di circa 24 ore) o il ritorno del soggetto al proprio domicilio.

Mentre negli ospedali (che siano pubblici o privati), il tipo di trattamento erogato è prettamente sanitario; presso il Centro di Alcologia vi è un approccio metodologico di tipo multimodale, che include la possibilità, dopo una valutazione clinica dal paziente, dalle risorse personali e familiari e a quelle terapeutiche disponibili, di definire programmi personalizzati.

Il programma comprende uno o più dei seguenti trattamenti: accertamenti clinici e interventi farmacologici, ricoveri, psicoterapia, sostegno psicologico individuale, interventi socio-educativi e di reinserimento sociale, inserimenti in gruppi di auto –mutuo aiuto e interventi brevi di comunità.

La logica, quindi, è di attivare dei progetti che partendo dalle motivazioni al cambiamento, tengano conto dei bisogni degli utenti (condizioni sociali, sanitarie e/o psicologiche). La finalità è arrivare al miglioramento della "salute fisica" della persona.

Nell'anno 2005 i soggetti con problemi alcol correlati nell'Azienda Sanitaria di Forlì sono 322, di cui il 75,8% maschi. L'età media è 50,26 anni, più giovani gli stranieri (48,3 aa) e i non residenti (44,25 aa). La maggioranza ha nazionalità italiana, 1 su 2 è non residente. Dei residenti, quasi il 50,0% è di Forlì, poi di Forlimpopoli e Bertinoro.

Nel 2005 l'utenza con PAC è aumentata del 15,9% rispetto all'anno precedente. Se confrontiamo questi dati con l'Italia vediamo che la crescita è più alta (15,1%) come anche il numero dei nuovi 37,7% vs il 29,0%, e il 28,5% (2003) della regione. Questa situazione si è via via delineata, in quanto dal 1996 (e soprattutto dal 2001 con l'apertura del Centro di Alcologia a Forlì) il

problema è stato affrontato in maniera più strutturata da tutte le Aziende Sanitarie della Regione con l'istituzione delle équipes alcologiche.

Il rapporto maschi e femmine è sempre di 2,1, mentre nei nuovi è 3,1 e rispecchia l'andamento nazionale e regionale 2,8.

L'età media è 47,2 anni, mentre nel 2000 era 43 anni: ciò indica un progressivo invecchiamento dell'utenza che accede al servizio. I maschi e i nuovi sono più giovani. Inoltre, la maggiore età delle alcol dipendenti può essere anche giustificata, presumibilmente, dalla struttura per età della popolazione generale oppure dal periodo a volte critico che può rappresentare il passaggio dalla fase riproduttiva a quella non riproduttiva.

Il 90,8% delle persone che afferiscono al Servizio risiedono nel territorio forlivese.

Fra i residenti nel comprensorio forlivese, circa un 39,0% è nato al di fuori: il 9,0% circa in Regione, l'11,5% è nato all'estero e il 19,8% nel resto dell'Italia.

Il livello scolare è così distribuito: il 34,4% dell'utenza ha la licenza media, il 29,0% quella elementare e il 15,3% rispettivamente ha frequentato la Scuola Professionale o possiede il diploma. Dal 2000 al 2005 sono diminuiti coloro che posseggono la licenza elementare e aumentati coloro che hanno fatto le scuole superiori.

La maggioranza dell'utenza vive in un nucleo familiare: 1 su 2 in quella acquisita, il 20,6% in quella d'origine. Rispetto agli anni precedenti aumentano le persone che vivono in carcere, questo cambiamento è dovuto ad una riorganizzazione interna al Servizio.

Il 38,9% degli alcol dipendenti è *coniugato*, il 29,8% è *celibe/nubile*, circa un 14,0% è *separato o divorziato*. Rispetto all'anno precedente sono diminuiti i coniugati (45,1%), mentre sono aumentati i divorziati (7,1%).

Circa un utente su due è *occupato regolarmente*, il 17,6% è *disoccupato*, percentuale in diminuzione dal 2001; il 12,2% ha la pensione di anzianità, in aumento rispetto al 2004 (da 5 a 12), il 9,2% ha la pensione di invalidità o lavora saltuariamente, situazione in progressivo aumento dal 2000.

Il 65,6% dell'utenza consuma vino, il 18,8% birra e il 12,2% superalcolici. Sono soprattutto le femmine e i nuovi a bere vino. Rispetto ai dati Regionali notiamo come al CDA l'abuso di vino e birra sia maggiore (RER: 49,8% vino e 14,4% birra). I dati presentati riguardano l'alcolico maggiormente usato, anche se la letteratura in merito ci dice che il comportamento dell'alcolista è un comportamento da analizzare durante l'arco del giorno in cui, a seconda dei vari momenti, si consumano diversi tipi di alcolici: vino durante i pasti, aperitivi al di fuori dei pasti, gli amari durante il pomeriggio, la birra durante la sera.

Come si arriva al C.D.A.? Un utente su due è inviato dai MMG o da strutture di ricovero (Servizio SSM e Ospedaliero) e il 30,5% spontaneamente. Il 71,8% dell'utenza al 31 dicembre 2005 è ancora in carico al servizio (raggiunge circa il 90,0% nelle alcol dipendenti "nuove"), fra coloro che hanno concluso il programma il 10,7% l'ha completato, il 6,1% è passato ad altra struttura, il 5,3% ha abbandonato, il 4,6% ha avuto una dimissione concordata e il 2,0% sono deceduti (nei mesi successivi al passaggio ad altri servizi).

Rispetto al 2001 (anno di apertura del Centro di Alcologia), la ritenzione in trattamento è in aumento, 71,8%, mentre sono diminuite le persone che vengono dimesse. Questo ci indica la buona capacità delle strutture di ritenere in trattamento e del sistema rete di ingaggio appropriato.

Fotografia dell'utente del Centro di Alcologia

Maschio: il rapporto fra i due generi è 2,1
Età media: 47,2 anni
90,8% risiede nel comprensorio forlivese, e di questi il 65,0% è nato in loco
Il 60,0% circa ha la licenza elementare o media
Circa il 70,0% vive in un nucleo familiare
Circa un utente su due è occupato regolarmente
La maggioranza dell'utenza abusa di vino (65,6%)

I ricoveri nel 2005 sono 242, di cui la maggioranza erogati a persone di sesso maschile (74,8%). Le giornate di degenza sono 4496, con una degenza media di 18,6.

211 ricoveri sono avvenuti in strutture pubbliche: il 60,7% per danni epatici e il 31,2 per dipendenza. 31 ricoveri in strutture private: il 57,6% per danni epatici e il 36,4% per dipendenza.

1 ricovero su 2 è avvenuto direttamente, il 35,5% in quanto programmato dallo stesso istituto e il 9,9% proposto dal medico di base. Circa 4 ricoveri su 10 erano programmati o fatti per urgenza.

Ricoveri ospedalieri per specifiche patologie alcol correlate per tipologia di struttura - anno 2005 – raffronti

	Pubblico	Privato	Pubblico	Privato
Totale	211	31	87,6	12,4
Dipendenza	73	12	31,2	36,4
Abuso	2	0	0,9	0,0
Danni epatici	142	19	60,7	57,6
Altre tipologie	17	2	7,3	6,1

La prevalenza è di 0,79 per mille nella popolazione totale, mentre nella popolazione target è di 0,75, maggiore per i maschi che per le femmine.

La prevalenza di soggetti con problemi alcol correlati di Forlì, Civitella di Romagna e Modigliana è più bassa rispetto alla media del Comprensorio. Il dato più elevato è relativo al comune Portico e San Benedetto.

Se confrontiamo i maschi con le femmine notiamo come la prevalenza dei primi sia maggiore man mano che ci si sposti dalla pianura verso la montagna. I comuni in cui è leggermente più alta la prevalenza delle femmine o uguale a quella dei maschi sono: Modigliana, Civitella di Romagna, Castrocaro Terme e

Terra del Sole e Rocca San Casciano, cioè comuni della prima collina, vicini a grandi centri come Forlì o Faenza.

Soggetti con problemi alcol correlati per comune di residenza: prevalenza per 1.000 residenti di età 15-64

Az. Usl di Forlì	Maschi	Femmine
BERTINORO	1,80	0,95
CASTROCARO TERME E TERRA DEL SOLE	1,41	1,51
CIVITELLA DI ROMAGNA	0,00	0,88
DOVADOLA	1,74	0,00
FORLÌ	0,92	0,39
FORLIMPOPOLI	1,46	1,01
GALEATA	1,20	0,00
MELDOLA	1,24	0,66
MODIGLIANA	0,00	0,00
PORTICO E SAN BENEDETTO	3,94	0,00
PREDAPPIO	1,87	0,50
PREMILCUORE	3,85	0,00
ROCCA SAN CASCIANO	0,00	1,58
SANTA SOFIA	0,76	0,00
TREDOZIO	2,40	0,00
Distretto Forlì	1,07	0,51

Soggetti con problemi alcol correlati per comune di residenza: prevalenza per 1.000 residenti di età 0-100

Az. Usl di Forlì	Maschi	Femmine
BERTINORO	1,66	0,62
CASTROCARO TERME E TERRA DEL SOLE	0,94	1,25
CIVITELLA DI ROMAGNA	0,53	0,53
DOVADOLA	3,52	0,00
FORLÌ	0,89	0,26
FORLIMPOPOLI	1,83	0,81
GALEATA	2,42	1,61
MELDOLA	1,46	0,41
MODIGLIANA	0,42	0,41
PORTICO E SAN BENEDETTO	4,95	0,00
PREDAPPIO	1,56	0,63
PREMILCUORE	2,28	0,00
ROCCA SAN CASCIANO	0,00	0,91
SANTA SOFIA	2,89	0,00
TREDOZIO	7,62	0,00
Distretto Forlì	1,19	0,39

La stima complessiva del Distretto di Forlì è di 1203 persone con problemi alcol correlati (I.C. estremo inferiore: 807- I.C. estremo superiore: 1599).

Il rapporto “Conosciuti/Sconosciuti” per il Centro di Alcologia è di 6,5, cioè su 1 persona che afferisce al servizio ve ne sono altre 6 che non ne afferiscono.

Analizzando le variabili anagrafiche, la stima è più alta fra i maschi rispetto alle femmine, fra i non residenti rispetto ai residenti, e fra coloro che hanno più di 49 anni rispetto a chi ne ha meno.

Soggetti con problemi alcol correlati: stima del sommerso e rapporto conosciuti/sconosciuti

Variabile	Conosciuti/Sconosciuti
Soggetti alcolisti	6,5
Maschi	7,2
Femmine	4,6
Residenti	6,2
Non residenti	7,2
Età <= 49 anni	3,8
Età >= 49 anni	10,3

L’ipotesi di base, è che ad ogni paziente dimesso da una struttura sanitaria, corrisponde una quota ideale di popolazione che è su quella struttura. Lo strumento utilizzato per la valutazione del bacino di utenza esprime se un ospedale ha una ricettività per gli utenti del proprio territorio e come questa può essere modificata sotto la spinta della domanda esterna.

Gli indicatori utilizzati riguardano il numero dei ricoveri dei residenti nel distretto e di quelli provenienti da fuori distretto, il numero di ricoveri dei residenti che si ricoverano fuori distretto. Da questi si calcola la domanda, l’offerta, il bacino di utenza e la mobilità nel territorio.

Dall’analisi del nomogramma di Gandhi emerge che la popolazione afferente è inferiore al numero dei residenti, in questo caso il bacino di utenza è sovrastimato, anche se la relazione tra immigrati ed “emigrati” non evidenzia un saldo negativo.

Analisi del bacino di utenza: nomogramma di Gandhi²

	Rr	I	E	X	Y	Y/X	PR	PA
Forlì	183	25	34	88	84	1	121183	116157

² Rr: ricoveri residenti nel distretto; I: ricoveri di provenienti fuori distretto; E: residenti nel distretto che si ricoverano altrove; X: domanda soddisfatta, calcolata sui ricoveri; Y: richiesta di servizi, calcolata sui residenti; PR: popolazione residente; PA: bacino di utenza.

6.3 Analisi del territorio cesenate

A cura di *Monica Teodorani**

Il Comprensorio cesenate si sviluppa in 15 Comuni e comprende due Distretti sanitari (Cesena-Savio e Rubicone). Si tratta di un territorio abbastanza eterogeneo sotto il profilo morfologico e socio-economico. La popolazione complessiva è di circa 197.000 abitanti (popolazione residente anno 2007) e il Comune di Cesena, con i suoi 94.000 cittadini, rappresenta quasi il 50% dei residenti. La superficie complessiva è suddivisa in maniera equilibrata fra le 3 aree altimetriche (pianura, collina, montagna), ma la fascia collinare-pianeggiante è la più popolosa. La forza d'attrazione esercitata, a partire dagli anni '70, dall'area urbana e costiera e dal polo della via Emilia non è ancora cessata.

Nel periodo 2001-2006 si è confermata la crescita della popolazione nella zona del Rubicone (Savignano sul R., San Mauro Pascoli, Gatteo) e si è registrata un aumento di popolazione anche nella prima fascia collinare adiacente alla pianura (Longiano, Borghi, Roncofreddo, Mercato Saraceno). Continua invece la flessione delle aree altimetricamente più elevate (Verghereto, Sarsina, Bagno di R.).

Queste linee di sviluppo si accompagnano ad importanti cambiamenti nella struttura demografica della popolazione, in tendenza con il contesto regionale, nazionale ed europeo. I principali processi in atto sono rappresentati dall'invecchiamento della popolazione, dal costante aumento di cittadini di origine straniera e dalla leggera ripresa della natalità. Questi fenomeni coinvolgono l'intero territorio, sia pure con entità diversa nelle varie aree:

- L'invecchiamento della popolazione è più sensibile nel Distretto di Cesena-Savio ed in particolare nei Comuni montani di Verghereto, Bagno di R. E., Sarsina
- La popolazione straniera rappresenta il 6,4% della popolazione residente con le percentuali più alte nei Comuni di Savignano sul R. E di San Mauro Pascoli. La percentuale di popolazione straniera è cresciuta in tutti i Comuni e l'incremento maggiore si è registrato a Savignano sul R., Gatteo e Sogliano al R.. Il distretto Rubicone si contraddistingue pertanto per una maggiore presenza di popolazione straniera in aumento negli anni

* Hanno collaborato: *Alessandro Mariani D'Altri*, Sociologo sanitario, Osservatorio epidemiologico dipendenze patologiche, Azienda Usl di Cesena, *Michele Sanza*, Direttore Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Patologiche - Direttore U.O. Ser.T, Azienda Usl di Cesena, *Paolo Ugolini*, sociologo, Responsabile Osservatorio epidemiologico DSM-DP, Azienda Usl di Cesena

Nel periodo 2003-2006, pur continuando la contrazione del numero medio di componenti, è aumentato il numero di famiglie, comprese quelle con un unico componente, fra cui numerosi anziani soli.

Risultano in leggera controtendenza, negli ultimi anni, i dati relativi alle nascite e ai matrimoni con un lieve incremento del tasso di natalità rispetto agli anni precedenti e del numero di matrimoni. (Profilo di Comunità, marzo 2008, Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria).

Il territorio dell'Ausl di Cesena ha visto nascere, da diversi anni, una forte collaborazione tra il Ser.T. e le realtà del privato sociale impegnate nella prevenzione e cura delle problematiche alcol-correlate. Si è costituito, infatti, un Tavolo di lavoro sull'Alcol, composto dai referenti dell'équipe alcologica del Ser.T., dei Club degli Alcolisti in Trattamento, degli Alcolisti Anonimi e degli Al-Anon (Gruppi di Familiari de A.A.). Sul versante della cura, il rafforzamento della rete e la condivisione progettuale che ne è conseguita, ha portato ad una migliore gestione dell'utenza alcolista. Inoltre, è nell'ambito del Tavolo Alcol che annualmente si progettano le iniziative di prevenzione da rivolgere alla popolazione del territorio.

Negli ultimi anni sono state messe in campo diverse azioni e progetti di prevenzione:

- Progetto "Uso/abuso di alcol tra prevenzione, informazione e consulenza", con l'obiettivo di aumentare la percezione dell'abuso di alcol come problema di salute, tra la popolazione generale e tra i ragazzi delle scuole medie inferiori, attraverso il lavoro con gli adulti; diminuire il livello di disinformazione della popolazione circa i percorsi da seguire per ottenere risposta ai bisogni legati al bere problematico; ridurre la frammentazione degli interventi di prevenzione ed informazione. Il progetto si è tradotto in una pluralità di azioni, quali: consulenza all'Ufficio Educazione alla Salute e agli insegnanti per la realizzazione del progetto "Alcol e fumo", nella scuole medie inferiori; realizzazione della scheda sui percorsi da seguire per ottenere risposta ai bisogni legati al bere problematico, all'interno del progetto della carta dei servizi; mantenimento del tavolo di Lavoro Alcol costituito da Ser.T., CAT, AA, Al-Anon; istituzione del Tavolo di lavoro "Prevenzione delle problematiche alcol-correlate nella Valle del Savio"
- L'istituzione del Tavolo di lavoro "Prevenzione delle problematiche alcol-correlate nella Valle del Savio" è collegato al progetto "Prevenzione delle problematiche alcol correlate nella Valle del Savio, finalizzato alla realizzazione di interventi di prevenzione dei rischi connessi all'assunzione di bevande alcoliche tra la popolazione generale della Valle del Savio, con particolare interesse per la tutela dei gruppi più vulnerabili quali bambini, adolescenti, giovani, donne e anziani. Sono stati realizzati una serie di interventi di informazione sui rischi connessi all'uso/abuso di alcol in occasione di eventi (quali: sagre, feste, concerti nel territorio) e un ciclo di incontri con la popolazione e con i referenti delle scuole medie del territorio. Inoltre, nell'ambito del Tavolo di Lavoro, è stato stilato un codice

di autoregolamentazione per il bere senza rischi, che i Comuni si sono impegnati ad adottare per gli eventi e le manifestazioni organizzate dalle Associazioni e dalle Pro Loco.

- Infine, un ultimo progetto “Prevenzione delle problematiche alcol correlate negli ambienti di lavoro”. Si tratta di un’iniziativa regionale che si è tradotta nell’attivazione di alcuni progetti pilota nelle singole Aziende Usl per promuovere l’applicazione della normativa sulle bevande alcoliche negli ambienti di lavoro e per promuovere la prevenzione e la riduzione delle problematiche alcol-correlate negli ambienti di lavoro (Annovi C., Biolcati R., Di Rico R., 2006). Il progetto, condotto dal Ser.T. e dal Servizio Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro del Dipartimento di Sanità Pubblica e dal Medico Competente, ha individuato la stessa Azienda Usl di Cesena come target delle azioni di verifica e di promozione della conoscenza della normativa in essere. Sono quindi stati organizzati incontri rivolti a interlocutori prioritari (Dirigenti di Struttura Complessa e Dirigenti Infermieristici delle aree chirurgiche scelte come obiettivo di elezione del progetto). Gli incontri, oltre ad illustrare la normativa, hanno teso ad informare sui rischi del consumo di alcol sottolineando l’importanza dell’identificazione tempestiva dei problemi alcol-correlati in ogni contesto lavorativo, in particolare in quello sanitario, che deve produrre salute.

L’ultimo report sull’alcol dell’OMS sottolinea ancora una volta come i problemi alcol-correlati siano il risultato di una complessa interazione fra il consumo individuale delle bevande alcoliche, il contesto culturale, economico, politico e sociale (Annovi, Biolcati, Di Rico, 2007).

L’alcol costituisce un fattore coinvolto nell’eziologia delle più importanti cause di morte della popolazione generale (malattie cardiovascolari e neoplasie) e un fattore significativamente associato alla principale causa di mortalità per i soggetti di età compresa tra i 16 e i 25 anni (traumatismi derivanti dagli incidenti stradali). Nel territorio dell’Ausl di Cesena, relativamente al 2005, sono noti 455 soggetti con problemi alcol correlati. La loro “visibilità” nasce dall’essere stati in cura in uno, o in entrambi, i Servizi coinvolti nella ricerca: il Ser.T. e/o gli ospedali pubblici e privati.

Per soggetti ricoverati intendiamo i residenti che hanno avuto (almeno) un ricovero in strutture pubbliche o private nel territorio dell’Azienda Usl di Cesena o al di fuori dello stesso, e che, indipendentemente dalla patologia che ha generato il ricovero, sono stati dimessi con una diagnosi riconducibile all’uso di bevande alcoliche.

Gli utenti in trattamento terapeutico al Ser.T. (238 soggetti) sono alcolisti (N.223) o tossicodipendenti con concomitante abuso di alcol (N.15). L’analisi dei dati evidenzia che i soggetti che entrano in un sistema di cura (ospedale o Ser.T.) sono spesso sconosciuti all’altro, infatti solo un ristretto numero di ricoverati (N.29) era in trattamento anche al Ser.T. Nonostante questo, le caratteristiche dell’utenza Ser.T. e dei ricoverati sono risultate molto simili.

I soggetti dello studio sono prevalentemente maschi (70,8%) e di nazionalità italiana (89,9%). Le femmine, meno di un terzo (29,2%), hanno un'età media (41,8) inferiore a quella dei maschi (46,9). Va segnalata la presenza di un 10,1% di soggetti stranieri, notevolmente più giovani degli italiani (età media rispettivamente di 33,9 e 46,8).

Dall'analisi delle SDO, sono risultati 327 ricoveri riferiti a 246 soggetti, in quanto un paziente può essere stato ricoverato più volte nel corso dell'anno e in diverse strutture.

I ricoveri sono avvenuti in prevalenza presso gli ospedali pubblici (77,1%), in poco più di 1 caso su 5 in una struttura privata (22,9%); quasi sempre in regime di ricovero ordinario (87,2%) e solo nel 12,5% dei casi in Day Hospital. Si tratta di ricoveri di non breve durata, caratterizzati da una degenza media pari a 19 giorni, che suggerisce la presenza di bisogni assistenziali di notevole intensità e complessità. In questi casi, il comportamento di abuso di alcol determina, o concorre a determinare, l'insorgenza di rilevanti problemi di salute, che inducono interventi sanitari pesanti anche sotto il profilo delle risorse assorbite.

Diagnosi per strutture di ricovero – 2005

	Strutture pubbliche	%	Strutture private	%
Danni epatici	168	58,3	44	64,7
Dipendenza	95	33,0	20	29,4
Altri danni organici	15	5,2	0	0
Sindromi psicotiche	9	3,1	4	5,9
Effetti tossici	1	0,4	0	0
Abuso	0	0	0	0
<i>Totale</i> ¹	288	100	68	100

Sia nelle strutture pubbliche che in quelle private, le diagnosi più frequenti (primarie o secondarie) si riferiscono alla presenza di danni epatici e di dipendenza da alcol. Nelle strutture pubbliche va segnalato, inoltre, il 6% di ricoveri dovuti ad altri danni organici, mentre in quelle private una maggiore presenza di diagnosi relative a sintomi psicotici connessi all'assunzione di alcol.

Il ricovero avviene perlopiù per accesso diretto del paziente mediato dal Pronto Soccorso (36,1%), ma emerge il ruolo determinante del medico di base (25,4%), a differenza di quello dello specialista (4,9%). Inoltre, in una percentuale elevata, 20,5%, i ricoveri sono programmati dalla stessa struttura ospedaliera, dato che suggerisce un elevato numero di re-ricoveri, fenomeno, evidentemente, connesso alla natura cronica ed evolutiva delle patologie mediche alcool correlate.

¹ Il numero di diagnosi è diverso dal numero di ricoveri in quanto un soggetto può aver avuto più diagnosi alcool correlate

I medici di medicina generale sono spesso i primi che entrano in contatto con i disturbi del paziente, pertanto risulta di grande importanza la loro capacità di riconoscere i segnali di un consumo eccessivo di alcol e di indirizzare il soggetto alle diverse risorse terapeutiche (Servizi e Privato Sociale) presenti nel territorio.

Infatti, la maggior parte dei ricoveri avviene per la presenza di danni epatici, che emergono di solito dopo un uso protratto o massiccio di alcol. Il che sottolinea la necessità di formulare strategie di intervento sanitario in grado di intercettare i pazienti con comportamento di abuso alcolico durante le fasi precoci del disturbo, al fine di ridurre i costi, finanziari ed umani, delle conseguenze dell'alcool. Analizzando la distribuzione della residenza, risulta che l'86,8% (N.395) dei soggetti proviene dai Comuni del comprensorio cesenate, mentre il rimanente 12,3% risiede altrove. Sebbene i residenti rientrino perlopiù nella fascia d'età 15-64 (considerata come riferimento per la popolazione target), ben 59 soggetti hanno un'età maggiore. Questo dato conferma la notevole differenza fra l'età dei soggetti italiani e quella degli stranieri, perlopiù non residenti.

Distribuzione territoriale dei soggetti per Comune e per Distretto di residenza. Prevalenza per 1000 abitanti di età 0-100 - anno 2005

Distretto	Comune	Sogg. problemi alcolcorr.				Popolazione generale 0-100 anni				
		N.	%	N.	%	Prevalenza 1.000 / ∞	N.	%	N.	%
Cesena Valle Savio	Bagno di romagna	12	3,0	236	59,7	2,0	6.093	3,1	113.367	38,5
	Cesena	190	48,1			2,0	93.498	48		
	Mercato saraceno	11	2,8			1,7	6.442	3,3		
	Montiano	3	0,8			1,9	1.573	0,8		
	Sarsina	12	3,0			3,2	3.744	1,9		
	Verghereto	8	2,0			4,0	2.017	1		
Costa Rubicone	Borghi	1	0,3	159	40,3	0,5	2.183	1,1	80.490	42,5
	Cesenatico	55	13,9			2,4	23.009	12		
	Gambettola	16	4,1			1,6	9.748	5		
	Gatteo	17	4,3			2,3	7.252	3,7		
	Longiano	13	3,3			2,2	6.042	3,1		
	Roncofreddo	11	2,8			3,6	3.040	1,6		
	San mauro pascoli	6	1,5			0,6	10.272	5,3		
	Savignano sul rubicone	34	8,6			2,1	15.952	8,2		
Sogliano al rubicone	6	1,5	2,0	2.992	1,5					
	Totale	395	13,9	395	100	2,4	23.009	100	193.857	100

All'interno della popolazione generale e nel gruppo dei soggetti con problemi legati all'alcol, la distribuzione territoriale risulta molto simile.

Confrontando i tassi di prevalenza, cioè il numero di soggetti con problemi alcol correlati per ogni 1000 abitanti, si nota, però, che i soggetti alcol

dipendenti si concentrano maggiormente nel distretto di Cesena e in alcuni Comuni, quali: Sarsina, Verghereto, Roncofreddo, Cesenatico e Gatteo. Si tratta di Comuni riconducibili a due aree, la prima montana e collinare, tradizionalmente caratterizzata da una maggior propensione culturale al consumo di alcol, la seconda, costiera e di pianura, interessata da un certo dinamismo demografico e dalla maggiore presenza di popolazione giovane.

La maggior concentrazione di soggetti nell'area del distretto Cesena-Valle Savio viene confermata dai tassi di prevalenza, sia che si consideri la fascia d'età target, 15-64 anni (2,54 ‰), sia che si consideri l'intero arco di vita (3,02 ‰). Il distretto del Rubicone però si caratterizza per una maggiore presenza di femmine. In generale, nell'area di Cesena per ogni 1000 abitanti vi sono circa 3 soggetti (2,90) che entrano nel sistema di cura per problemi legati al consumo di alcol.

Soggetti con problemi alcol correlati per distretto di residenza: prevalenza per 1.000 residenti – anno 2005

	Età 15/64			Età 0/100		
	maschi	Femmine	totali	maschi	femmine	totali
Distretto Cesena Valle Savio	3,78	1,40	2,54	4,63	1,53	3,02
Distretto Rubicone	3,15	1,63	2,36	3,79	1,76	2,74
<i>Area Cesena</i>	<i>3,51</i>	<i>1,50</i>	<i>2,47</i>	<i>4,27</i>	<i>1,63</i>	<i>2,90</i>

Per stimare l'entità del fenomeno sommerso, vale a dire il numero reale di persone che abusano di alcol, esistono diverse tecniche statistiche che tengono conto di più informazioni, di seguito utilizzeremo la stima prodotta con il metodo cattura/ricattura e il rapporto conosciuti/sconosciuti.

La stima basata sul metodo cattura/ricattura considera più fonti, quali i soggetti in carico al Ser.T. e quelli ricoverati. Sulla base di questa tecnica risulta che a fronte di 455 soggetti conosciuti ve ne sono 2479 non noti e, comunque, considerando il margine di errore dell'intervallo di confidenza, un numero compreso fra 1360 e 2574. Secondo questa stima il problema dei comportamenti di abuso di alcol coinvolgerebbe un numero di persone che è 5 volte superiore a quello conosciuto.

Soggetti con problemi alcol correlati: stime del sommerso e rapporto conosciuti/sconosciuti per sesso e per il totale – anno 2005

	Maschi	Femmine	Tot. Soggetti Alcolisti
Ser.T.	166	72	238
Ospedale	72	73	246
sia Ser.T. che Ospedale	17	12	29
Tot. Soggetti	221	133	455
STIMA	676	415	2479
I.C. estremo inferiore	427	235	1360
I.C. estremo superiore	926	594	2574
Conosciuti/sconosciuti	4,1	5,8	10,4

L'abuso di alcol fra le donne è maggiormente sotterraneo, per ogni utente in carico al Ser.T. vi sono 4,1 maschi sconosciuti e ben 5,8 femmine che non sono note al percorso di cura Ser.T./ospedali.

Inoltre, il rapporto conosciuti/sconosciuti è decisamente più alto fra gli stranieri che non fra i residenti, rispettivamente del 10,2 e del 7,8 e fra coloro che hanno un'età superiore ai 49 anni (9,2 a fronte di 7,3). In sintesi, si può affermare che dalle stime risulta una notevole quota di popolazione che abusa di alcol e che non accede a questo sistema di cura e la non "visibilità" riguarda in modo particolare le femmine, gli stranieri e i soggetti con più di 39 anni.

La domanda espressa dai residenti nel distretto di Cesena (N.186) viene soddisfatta quasi interamente dalle strutture, pubbliche e private, del territorio (N.138, 74,2%), solo una minima parte (N.48, 25,8%) si traduce in un ricovero in strutture al di fuori dell'area dell'azienda sanitaria di Cesena. Diverso il caso dei residenti nel distretto del Rubicone, la cui domanda di ricovero è perlopiù orientata e soddisfatta dalle strutture collocate nel distretto di Cesena (N.62, 56,9%), oppure da quelle di altre aziende (N.32, 29,3%); solo una minima parte, 15 soggetti (13,8%) sono stati ricoverati in una struttura ospedaliera del distretto del Rubicone.

I soggetti non residenti ricoverati nelle strutture della nostra azienda (import), N.32, si indirizzano in 4 casi su 5 in quelle del distretto di Cesena.

L'export, la domanda dei residenti verso strutture al di fuori del territorio di riferimento, riguarda 80 soggetti e coinvolge in misura maggiore i residenti del Rubicone.

Analisi del bacino di utenza

Residenza Ricovero	Cesena Valle Savio		Costa Rubicone		Fuori Ausl		Totale N.
	N.	%	N.	%	N.	%	
Cesena Valle Savio	138	74,2	62	56,9	26	81,3	226
Costa Rubicone	-	-	15	13,8	6	18,7	21
Fuori Ausl	48	25,8	32	29,3	-	-	80
<i>totale</i>	<i>186</i>	<i>100</i>	<i>109</i>	<i>100</i>	<i>32</i>	<i>100</i>	<i>327</i>

L'analisi dei dati dell'utenza Ser.T e dei ricoveri ospedalieri alcool correlati, nell'Azienda Usl di Cesena, conferma che le problematiche sanitarie alcool correlate si traducono in bisogni assistenziali complessi e di lunga durata con rilevanti costi sanitari e sociali. I metodi epidemiologici di stima del sommerso e il rapporto conosciuti / sconosciuti fanno apprezzare un notevole numero di soggetti non ancora conosciuti dai servizi sanitari che però, in ragione della natura cronica ed evolutiva delle patologie connesse all'abuso alcolico, impatteranno in modo più traumatico sul sistema sanitario.

Dall'analisi delle SDO, emerge che i ricoveri sono molto frequentemente mediati dal Pronto Soccorso o indotti dalla stessa struttura ospedaliera, escludono quindi il circuito specialistico territoriale. Questo dato suggerisce la necessità per le Aziende di potenziare il raccordo ospedale territorio al fine di ottenere una risposta integrata e più qualificata ai problemi sanitari posti dall'alcool.

Per affondare questa problematica in modo efficace è importante l'attivazione di un sistema sinergico di cura, dove all'individuazione precoce delle situazioni di rischio da parte del medico di base, dello specialista, del pronto soccorso o del reparto, segua l'avvio di collaborazioni con i Servizi e le organizzazioni preposte al trattamento della dipendenza da alcol. In questo modo il ricovero non solo darà "visibilità" ai comportamenti d'abuso di alcol, ma potrà essere una tappa all'interno di un processo di cura più ampio, che mobilita una molteplicità di risorse diversificate, che, agendo sulle cause, possono migliorare le condizioni di salute e la qualità della vita del soggetto.

6.4 Problemi e patologie alcol correlate nel territorio della Provincia di Rimini

A cura di *Matteo Gori**

La Provincia di Rimini comprende 20 comuni suddivisi in due distretti, Rimini e Riccione, con una popolazione al 31 dicembre 2006 di 294.110 persone; di questi 19.799 sono stranieri e rappresentano il 6,7% del totale dei residenti¹.

Il 48,6% è costituito da uomini e il 51,4% da donne (percentuale che si mantiene simile anche tra gli stranieri). La maggiore concentrazione di popolazione per km quadrato si ritrova nei comuni di Cattolica, Morciano e Rimini, mentre i comuni con minor densità sono Torriana, Saludecio, Gemmano e Mondaino. Il primo dato interessante del territorio riminese è la presenza di 20 comuni su una superficie di 533,7 kmq, che presentano sostanziali differenze tra loro. Circa il 20,5% dei residenti (60.187) ha una età superiore ai 65 anni, lievemente più basso della percentuale dell'Emilia-Romagna che è del 22,7%, mentre la fascia di età compresa tra i 15 e i 65 anni (età lavorativa) rappresenta il 66,1%. È una popolazione in espansione con un tasso generico di fecondità del 39,5%. Relativamente alla crescita, negli ultimi tre anni si è passati da 286.934 abitanti del 2005, ai 290.029 del 2006 e 294.110 del 2007.

Le proiezioni realizzate in base al tasso di fecondità, mortalità e migratorietà descrivono un quadro che porterà nel 2024 ad un aumento del 24,6% della

* Ha collaborato *Caterina Staccioli*, medico psicoterapeuta, Responsabile del Centro Dipendenze Alcol-Fumo Azienda Usl di Rimini.

¹ Il numero di diagnosi è diverso dal numero di ricoveri in quanto un soggetto può aver avuto più diagnosi alcol correlate

popolazione residente, con una probabile popolazione aumentata tra i 312.000 e 354.000 abitanti.

Il consumo problematico di alcol è di consuetudine analizzato nella fascia di età che va dai 15 ai 64 anni. La popolazione della Provincia di Rimini compresa in questo raggruppamento anagrafico al 31-12-2005 è di 192.030 unità, di cui 123.565 residenti nel distretto di Rimini e 68.465 nel distretto di Riccione.

La provincia di Rimini rappresenta un territorio con delle connotazioni culturali e organizzative che non trova eguali in Italia ed Europa. La riviera rappresenta un territorio con un elevato numero di locali per il loisir, discoteche e pub che attraggono turisti e giovani da ogni parte, anche da altri Paesi. L'attrazione turistica ha modelli e fasi diversi durante l'anno e con diverse tipologie di fruitori. Sono sicuramente le località costiere ad attrarre i turisti, dato che il 98% del turismo è concentrato nei 5 comuni della costa di cui un 50% su Rimini, 21% su Riccione, 12,7% su Bellaria –Igea marina, 12% su Cattolica e 4,6% su Misano. Questo *flusso migratorio* riguarda anche gli spostamenti, in particolare nei fine settimana, che i giovani fanno per raggiungere i locali, tristemente collegato al fenomeno denominato *stragi del sabato sera*.

Il territorio inoltre è un richiamo anche per gli stranieri extracomunitari, regolari e non, che transitano sul territorio alla ricerca di una attività lavorativa, ma che a volte vivono in condizioni di marginalità.

La caratterizzazione di Rimini è data anche dal fatto che sul territorio provinciale vi è il maggior numero di posti in strutture terapeutiche per la cura della dipendenza da sostanze psicotrope che non ha uguali in nessuna provincia italiana. Vi è la presenza di diverse realtà terapeutiche, quali la comunità Giovanni XXIII, San Patrignano e la Cooperativa Centofiori; per questo motivo persone provenienti da altre regioni giungono sul territorio riminese per avviare un programma terapeutico con le strutture.

Relativamente alle problematiche connesse con l'assunzione di alcol, elementi di analisi utili giungono dai dati forniti dalla Commissione Medica Locale per la valutazione dei soggetti fermati in stato di ebbrezza alla guida di un autoveicolo. Dal 2003 il numero dei soggetti fermati in stato di ebbrezza risulta essere particolarmente elevato e costantemente in crescita.

Di queste persone, una quota compresa tra il 4,7 e il 7,9% è stato inviato al Centro alcologico dell'Ausl di Rimini in quanto presentava una condizione clinica compromessa (valutazione su indicatori ematici o per recidività del reato) che richiedeva un approfondimento diagnostico. Nel corso dell'anno 2005, 1.527 soggetti sono stati fermati con tasso alcolico superiore allo 0,5; di questi 116 sono stati inviati al Centro alcologico. Le persone presentavano le seguenti caratteristiche:

- il 43% un livello di alcolemia superiore a 1,5;
- il 46% era tra 0,8 e 1,5;
- il 10% aveva un tasso compreso tra 0,5 e 0,8.

Si tratta di tre quadri clinici indicativi di uno *stato di ebbrezza* che in realtà è determinato dall'ingestione di differenti quantitativi di sostanze alcoliche: 1 unità alcolica - che corrisponde ad un bicchiere di vino o a 1 bicchierino di superalcolico o a 1 birra piccola - determina una alcoemia pari a 0,2 così come un'alcoemia pari a 0,8 corrisponde a quattro unità alcoliche mentre un'alcoemia pari a 1,5 corrisponde a 7/8 unità alcoliche.

Soggetti fermati per guida in stato di ebbrezza e/o sotto l'effetto di sostanze stupefacenti – Anni 2003-2006.

Anno	Persone fermate per guida in stato di ebbrezza	di cui inviati al Centro Alcologico Ausl Rimini		Persone fermate per uso di sostanze stupefacenti	Totale alcol e sostanze stupefacenti
		v.a.	%		
2003	1.171	80	6,8	348	1.519
2004	1.426	113	7,9	423	1.849
2005	1.527	116	7,6	487	2.014
2006	1.898	90	4,7	512	2.410

I servizi per le persone con problematiche connesse con l'uso o l'abuso di alcol sono relativamente giovani sul territorio. A partire dal 1997 sono stati istituiti i seguenti servizi:

- *il Centro Dipendenze Alcol fumo*: centro specialistico di 2° livello situato nel comune di Rimini, in particolare nella località Bellariva, a metà strada tra i due distretti di Rimini e Riccione;
- *il servizio Dipendenze Patologiche*: di cui il Centro Alcologico è un settore, che rappresenta il luogo di accesso per alcolisti con una concomitante problematica da sostanze stupefacenti;
- *attività specialistica all'interno della Commissione Medica Locale* che vede la presenza di un medico alcolologo all'interno della Commissione per la valutazione dell'idoneità alla guida;
- *Attività di consulenza presso i reparti* per i soggetti ricoverati; si tratta di una attività svolta su richiesta del reparto e che effettuano gli operatori del Centro Alcologico;
- *Gruppi di A.A. e A.Cat* con 5 sedi *territoriali* nei distretti di Rimini e Riccione con attività di sostegno e auto-mutuo aiuto per i soggetti con problematiche alcol-correlate e per i loro familiari.

Il *Centro Dipendenze Alcol Fumo* è una struttura specialistica con alcune peculiarità. Distaccato dalla sede centrale deputata alle dipendenze illegali,

attiva i contatti iniziali con i potenziali utenti attraverso un appuntamento telefonico. Questo tipo di approccio è stato individuato come migliore strategia per favorire un aggancio del paziente, soprattutto nella fase iniziale del rapporto, in quanto potrebbe essere inficiato dalla scarsa conoscenza delle attività svolte nella struttura.

Giunto presso il Centro la persona è sottoposta ad un periodo di osservazione necessario alla valutazione della situazione nel suo complesso e per la definizione della diagnosi e del programma terapeutico concordato e personalizzato. Fermo restando la valutazione iniziale e i primi interventi per favorire la disintossicazione, la presenza di una équipe multi-professionale garantisce la possibilità di accedere ad una serie di trattamenti di tipo sanitario, farmacologico, psicologico ed educativo.

Inizialmente l'intervento si caratterizza per una attività denominata DIA (Disintossicazione Infermieristica Ambulatoriale), che rappresenta uno specifico trattamento attuato dal personale infermieristico del Centro, con somministrazione in flebo o intramuscolare quotidiana di farmaci utili nella fase di disintossicazione. Questa prima fase permette di favorire una anamnesi e una diagnosi più articolata e approfondita che, se sostenuta dalla presenza di un quadro di particolare gravità, può avviare anche un ricovero ospedaliero attraverso la collaborazione con i reparti di medicina degli Ospedali di Rimini, Sant'Arcangelo e Cattolica.

La problematica dell'alcol dipendenza spesso coinvolge i familiari, i quali, di frequente, si rivolgono ai servizi offerti per ottenere informazioni e sostegno al fine di affrontare la situazione sia attraverso i servizi offerti dal Centro alcol, sia attraverso quelli offerti dalla rete di collaborazioni che nel corso degli anni si è sviluppata.

Nelle situazioni in cui si individua la necessità di un percorso presso una struttura terapeutica, il Centro è convenzionato con le strutture territoriali delle comunità Papa Giovanni XXIII di Rimini e Villaggio del Fanciullo di Ravenna, che offrono percorsi residenziali specifici per tale patologia.

Le informazioni per la costruzione dell'archivio che ha portato allo sviluppo della ricerca derivano dall'utenza alcolista e tossicodipendente con concomitante consumo di alcol seguita dai Servizi dell'Unità Operativa Dipendenze Patologiche dell'Azienda Usl di Rimini² e dai pazienti ricoverati nelle strutture ospedaliere per patologie interamente attribuibili all'alcol³ nel corso del 2005⁴.

² Tali dati sono stati estrapolati dal Sistema Informativo sulle Dipendenze (SistER)

³ Sono stati presi in considerazione tutti i ricoveri avvenuti nelle strutture ospedaliere provinciali e i ricoveri di soggetti residenti nella Provincia di Rimini in ospedali extra provinciali che presentavano nella Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO) almeno una patologia attribuibile all'alcol. Le cause di ricovero sono indicate con i codici definiti dall' ICD X, il sistema di classificazione statistica delle malattie e dei problemi sanitari correlati, validato ed utilizzato a livello internazionale.

⁴ Le elaborazioni dei dati sono state effettuate dall'Osservatorio Epidemiologico Metropolitan dell'Azienda Usl di Bologna

In questo arco di tempo sono stati 414⁵ i pazienti seguiti dal Servizio per le dipendenze (Alcologico e Ser.T.) e 243 quelli che hanno avuto almeno un ricovero per curare una patologia correlata al consumo di alcol. Fra l'utenza appena descritta si trovano 53 persone che hanno avuto un contatto sia con i Servizi per le dipendenze sia con i reparti ospedalieri. Pertanto, i pazienti con problemi alcol correlati seguiti nel 2005 sono stati in totale 604⁶. La quasi totalità di queste persone è di nazionalità italiana e l'83,3% risiede in Provincia. L'analisi per genere non evidenzia differenze rilevanti per quanto riguarda l'età media dei soggetti: 47,8 anni per le femmine contro i 47 anni dei maschi.

Fra i pazienti seguiti dal Servizio per le dipendenze il 77,5% risulta alcolista, mentre la restante percentuale è costituita da tossicodipendenti con concomitante consumo problematico di alcol⁷. Il 75,8% è di sesso maschile e l'86,5% risiede in provincia.

Per i 243 soggetti ricoverati il totale dei ricoveri raggiunge la quota di 347, con una media di 1,4 ricoveri a persona. Le giornate di degenza sono state 7.751 e corrispondono ad una media per ogni ricovero di 22,3 giorni. Il 76,9% dei ricoveri è avvenuto in strutture pubbliche e per oltre il 70% dei casi la causa è legata a danni epatici. Questo dato conferma come tale patologia venga molto sottovalutata, poiché solo una complicazione derivante dall'assunzione di alcol la rende visibile. Di queste, sicuramente la cirrosi epatica rappresenta la patologia più grave e spesso richiede un ricovero a causa di rottura di varici e/o quadri di scompenso. Un altro aspetto da sottolineare riguarda il regime di ospedalizzazione, che è principalmente legato al ricovero ordinario anche in quelle situazioni, quali le intossicazioni alcoliche che potrebbero ottenere – in mancanza di gravi compromissioni dello stato di salute - la stessa efficacia di cura anche se trattate a livello ambulatoriale. La maggior parte dei ricoveri (71,5%) viene effettuato per far fronte ad una situazione di urgenza e circa la metà è avvenuta per accesso diretto del paziente.

In questo contesto appare evidente che gran parte dei soggetti con problemi o patologie alcol correlate non arrivano all'attenzione dei servizi specialistici, sottolineando la reale necessità dei servizi di collaborare tra loro in particolare attraverso una maggiore attenzione da parte del medico di Medicina Generale e dei presidi ospedalieri, al fine di stimolare quantomeno una presa in carico tempestiva.

La sindrome da dipendenza alcolica è indubbiamente la più comune tra le tossicodipendenze e, pertanto, è inevitabilmente quella destinata a realizzare i più frequenti quadri clinici atti a richiedere l'intervento medico, sia attraverso il Servizio di Pronto Soccorso, sia tramite il ricovero in ambiente ospedaliero.

Le persone residenti nella provincia di Rimini seguite per disturbi alcol correlati dal Centro Alcologico, dal Ser.T. e/o presso i presidi ospedalieri in

⁵ Età media 41,8 anni (min: 21 – max: 76; Dev. St. 10,37).

⁶ Età media 47,2 anni (min: 21 – max: 100; Dev. St. 14,37).

⁷ Sono gli utenti Ser.T. che nella scheda dipendenza patologica di SistER hanno indicato come sostanza secondaria l'alcol.

totale sono state 503. Fra queste il 61,8% risiede nel territorio del Distretto di Rimini.

Selezionando e analizzando i dati solo delle 425 persone residenti di età compresa fra i 15 e i 64 anni emerge come la distribuzione per distretto dei soggetti con problematiche alcol-correlate non si discosti rispetto ai valori precedentemente analizzati.

L'analisi del tasso di prevalenza (2,21 per 1.000 abitanti), invece, evidenzia come l'utenza si distribuisce in maniera più elevata, seppur non in modo significativo, nel distretto di Riccione e fra i maschi⁸. L'utenza che giunge ai servizi per problemi alcol correlati generalmente ha un'età più elevata rispetto a quella degli utenti tossicodipendenti, in quanto le malattie connesse con l'alcolismo tendono ad evidenziarsi dopo alcuni anni dall'assunzione della sostanza. Infatti, i valori di prevalenza risultano più elevati se si considera tutta l'utenza residente.

Soggetti con problemi alcol correlati per distretto di residenza: prevalenza per 1.000 residenti di età 15-64 - anno 2005

Az. Usl di Rimini	Maschi	Femmine	TOTALE
Distretto RIMINI	3,11	1,13	2,12
Distretto RICCIONE	3,64	1,11	2,38
TOTALE PROVINCIA	3,30	1,13	2,21

Benché negli ultimi anni il numero di pazienti alcol dipendenti in carico al Centro Alcolologico sia progressivamente aumentato, essi non rappresentano che *una quota* di coloro che necessiterebbero di un trattamento specifico per problemi alcol correlati. Il ricorso ai servizi del territorio è sicuramente di gran lunga più basso rispetto alla reale portata problematica del fenomeno dell'alcol dipendenza. Lo stesso ricovero ospedaliero, spesso a causa di una patologia concomitante, indica da un lato come la problematicità arriva ai servizi ospedalieri quando la patologia è in uno stadio di gravità avanzata, dall'altro come queste persone non abbiano mai avuto accesso ai servizi territoriali specialistici.

Risulta pertanto estremamente interessante poter *stimare* la numerosità di popolazione problematica non conosciuta dalle strutture di cura attraverso delle analisi dei dati relativi alla parte afferita a tali strutture. Il metodo più utilizzato in questo genere di rilevazioni è quello denominato "cattura e ricattura", che

⁸ L'osservazione dei dati su tutta l'utenza residente mostra dei valori del tasso di prevalenza leggermente più elevati, a conferma che le complicazioni di salute legate all'alcol tendono ad aggravarsi e a cronicizzarsi col tempo e che nelle persone la consapevolezza di avere problemi connessi al consumo di alcol emerge prevalentemente quando vengono alla luce malattie o problematiche di tipo organico. Al contrario sembra essere sottovalutato il fenomeno della dipendenza qualora, appunto, non risulti affiancato a disturbi gravi di salute.

consente di stimare il numero non conosciuto di un fenomeno attraverso elaborazioni effettuate sui dati disponibili.

Questo metodo ha portato ad una stima di 1.874 persone con problemi alcol correlati; sulla scorta del calcolo degli intervalli di confidenza è un valore che può oscillare tra 1.466 e 2.282 persone con problematiche alcol correlate presenti sul territorio della provincia di Rimini. La stima del rapporto conosciuti/sconosciuti porta a sostenere che ogni 10 pazienti che si rivolgono al Ser.T., sul territorio se ne contano altri 45 con problemi alcol correlati che non si sono mai rivolti ai Servizi preposti⁹.

I maschi raggiungono una stima di soggetti con problemi connessi all'alcol pari a 1.761 e un rapporto conosciuti/sconosciuti che si attesta a 5,6. Le femmine una stima di 289 persone e un rapporto conosciuti/sconosciuti paria a 2,9.

Soggetti con problemi alcol correlati: stima del sommerso e rapporto conosciuti/Sconosciuti per il totale e per sesso - anno 2005

Soggetti alcolisti	N	Maschi	N	Femmine	N
Utenti Ser.T.	414	Utenti Ser.T.	314	Utenti Ser.T.	100
Ricoverati Ospedale	243	Ricoverati Ospedale	178	Ricoverati Ospedale	65
Ser.T. e Ospedale	53	Ser.T. e Ospedale	31	Ser.T. e Ospedale	22
Totale soggetti	604	Totale soggetti	461	Totale soggetti	143
Stima nr. Oscuro	1874	Stima nr. oscuro	1761	Stima nr. oscuro	289
I.C. estremo inf.	1466	I.C. estremo inf.	1245	I.C. estremo inf.	207
I.C. estremo sup.	2282	I.C. estremo sup.	2277	I.C. estremo sup.	371
Conosciuti/Sconosciuti	4,5	Conosciuti/Sconosciuti	5,6	Conosciuti/Sconosciuti	2,9

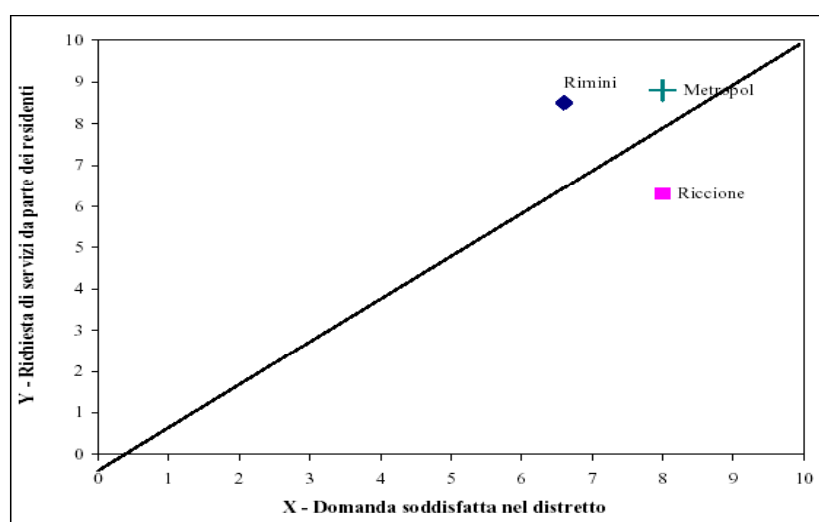
La valutazione del bacino di utenza e della conseguente capacità di soddisfacimento della richiesta di cure da parte delle strutture ospedaliere del territorio di Rimini è stata effettuata con l'ausilio del nomogramma di Gandhi, che sintetizza il rapporto tra la richiesta di trattamento e la domanda soddisfatta: se tale rapporto è superiore a 1 le strutture ospedaliere del territorio in esame assorbono la migrazione di soggetti provenienti da altri luoghi, mentre se il rapporto è inferiore a 1 sono le persone del territorio di riferimento che tendono ad emigrare per ricercare le cure di cui necessitano.

Entrando nel dettaglio, emerge come gli ospedali del distretto di Rimini subiscono una migrazione di soggetti provenienti da altri territori, mentre fra

⁹ Fra i residenti la stima di soggetti con problemi connessi all'alcol è pari a 1.399 e il rapporto conosciuti/sconosciuti arriva a 3,9 mentre tra i non residenti la stima è di 569 persone e il rapporto conosciuti/sconosciuti è 10,2. Analizzando i soggetti con problemi connessi all'alcol in rapporto all'età, si evidenzia che fra le persone con meno di 50 anni il sommerso è di 762 persone e il rapporto conosciuti/sconosciuti di 2,3, mentre fra le persone con 50 anni o più la stima aumenta considerevolmente arrivando ai 991 con un rapporto conosciuti/sconosciuti pari a 12,4.

quelli del distretto di Riccione la situazione si capovolge. Tuttavia, nel complesso, l'intera area territoriale costituita da tutta la provincia di Rimini presenta un rapporto tra la richiesta di trattamento e la domanda soddisfatta pari a 1,1, evidenziando una leggera capacità di ricezione di persone provenienti da fuori provincia.

Analisi del bacino di utenza: nomogramma di Gandhi



La tabella seguente, infine, presenta la distribuzione dei ricoveri per distretto di residenza ed ospedale: l'84,5%, ossia 153 delle persone residenti a Rimini effettua il ricovero nelle strutture locali, mentre per Riccione questo dato si attesta al 63,3% (69 persone).

Analisi del bacino di utenza: nomogramma di Gandhi

Residenza	Rimini	Riccione	Fuori Provincia	Totale ricoveri
Ricovero				
Rimini	153	32	47	232
Riccione	7	69	10	86
Fuori Provincia	21	8		29
Totale ricoveri	181	109	57	347

Bibliografia

- Cipriani F., Balzi D., Sorso B., Buiatti E. (1996), *Variabilità geografica della mortalità alcol correlata in Italia nel periodo 1980-1990*, in "Epidemiologia e prevenzione", 20(4) Ott.-Dic.: 328-38
- Cipriani F., Balzi D., Sorso B., Buiatti E. (1998), *Alcohol-related mortality in Italy*, in "Public Health", 112(3) May: 183-8
- Cipriani F., Cucinelli M.L., Dimauro P.E., Angioli D., Conte M., Voller F., Buiatti E. (2001), *La mortalità in una coorte di alcolisti di Arezzo nel periodo 1979-1997*, in "Epidemiologia e prevenzione", 25(2) Mar-Apr: 63-70
- Clayton D., Hills M. (1993), *Statistical models in Epidemiology*, Oxford University Press, New York, pp. 48-52
- Cooper M. L. (1994), *Motivations for alcohol use among adolescents: development and validation of a four-factor model*, in "Psychological assessment", 6(2), pp. 117-128
- Commissione mista del Gruppo Epidemiologico della Società Italiana di Alcologia (1999), *L'impatto del consumo di alcol sulla salute degli italiani: consumi, prevalenza, frazioni e mortalità attribuibili e prevenibili, strategie di intervento. Italia 1985-1994*. Alcologia, 11: s124-s202
- Comité National de Defense Contre l'Alcolisme (1984), *Statistiques*, Paris
- Corrao G., Torchio P., De Carli A., Galatola G., Arico S., di Orio F. (1993), *Effect of age, birth cohort and period of death on Italian liver cirrhosis mortality, 1972-1986*, in "International journal of epidemiology", 22(3) Jun: 475-82
- Corrao G., Bagnardi V., Cittadini G., Favilli S. (2000), *Capture-recapture methods to size alcohol related problems in a population*, in "Journal of epidemiology and community health" 54(8): 603-10
- Corrao G., Rubbiati L., Zambon A., Aricò S. (2002), *Alcohol-attributable and alcohol-preventable mortality in Italy. A balance in 1983 and 1996*, in "European journal of public health", n. 12 (3), Sep: 214-23

- Cottino A. (1991), *L'ingannevole sponda. L'alcol fra tradizione e trasgressione*, NIS, Roma
- Cox W.M., Klinger E. (1988), *A motivational model of alcohol use*, in "Journal of abnormal psychology", 97(2):168-80
- Dipartimento della prevenzione e della comunicazione – Direzione generale della prevenzione sanitaria (2007), *Relazione del Ministro della Salute al parlamento sugli interventi realizzati ai sensi della legge 30/03/2001 N. 125 in materia di alcol e problemi alcol correlati, dati relativi agli anni 2005/2006*, Ministero della Salute, Roma
- Doxa V indagine nazionale (2006), *Gli italiani e l'alcol. Consumi, tendenze e atteggiamenti in Italia*, "Quaderno",17, Osservatorio permanente sui giovani e l'alcol, Risa, Milano
- Espad (2007), *Espad Report 2006*, Lisboa
- Eurobarometer (2007), *Attitudes towards alcohol*, in Special Eurobarometer, 272
- Eurostat (2007), *Health in Europe*, in "Eurostat year Book"
- Franci A., Belbusti G. (1989), *La valutazione della mobilità ospedaliera*, in A. Franci et al., *Strumenti operativi per la gestione delle Usl*, Edizioni Montefeltro, Urbino
- Farchi G., Fidanza F., Giampaoli S., Mariotti S., Menotti A. (2000), *Alcohol and survival in the italian rural cohorts of the Seven Countries Study*, "International journal of epidemiology", 29(4) Aug: 667-71
- Hook E.B., Regal R.R. (1995), *Capture-recapture methods in epidemiology: methods and limitations*, in "Epidemiologic reviews", 17(2): 243-64
- Gandy R.J. (1979), *A graphical representation of the inter-relationship between districts*, in "The Hospital and health services review", 75(2) Feb: 50-1
- Hartnoll R., Mitcheson M., Lewis R., Bryer S. (1985), *Estimating the prevalence of opioid dependence*, in "The Lancet", 26 Jan.: 203-05
- Istat (2007), *L'uso e l'abuso di alcol in Italia*, in Istat, Indagine multiscopo 2006
- La Torre G., Van Beeck E., Quaranta G., Manr A., Ricciardi W. (2007), *Determinants of within-country variation in traffic accident in Italy: a*

geographical analysis, in “International journal of health geographics”, 6: 49

La Vecchia C., Recarli A., Mezzanotte G., Cislighi C. (1986), *Mortality from alcohol related disease in Italy*, in “Journal of epidemiology and community health”, 40(3) Sep: 257-61

Pala B. (2004), “*Il consumo alcolico femminile tra ricerca di parità e aumento del rischio: quale prevenzione?*”, in “Annali dell’Istituto Superiore di Sanità”, 40(1):41-46

Pavarin R.M., Salsi A., Savioli V. (A 1998), *Stima della prevalenza di tossicodipendenti nella città di Bologna nel 1997 e analisi del sommerso*, in “Bollettino per le farmacodipendenze e alcolismo”, XXI (3): 7-11

Pavarin R.M., Agostini M. (B 1998), *Stima della mortalità alcol correlata nella città di Bologna: anni 1988/1997*, in “Quaderni di medicina delle tossicodipendenze”, Asid Editore, Cagliari: 24

Pavarin R.M. (1998), *La valutazione del bacino di utenza dei 5 Ser.T. dell’Ausl città di Bologna*, in “Quaderni di medicina delle tossicodipendenze”, Asid Editore, Cagliari: 73

Pavarin R.M. (2004), *Cala la luna bar flyer – report finale della ricerca*, Centrostampa, Arezzo

Pavarin R.M. (2005), *La ricerca su Arezzo wave 2004*, in Ranieri F., Delli L., Giglio E. (a cura di) (2005), *Stili di vita, stili di consumo: il festival «Arezzo Wave» e la prevenzione delle condotte da uso di sostanze stupefacenti*, FrancoAngeli, Milano

Pavarin R.M.(A 2006), *Substance use and related problems: a study on the abuse of recreational and not recreational drugs in Northern Italy*, in “Annali dell’Istituto superiore di Sanità”, 42: 477-484

Pavarin R.M. (B 2006), *Uso e abuso di sostanze*, Carocci, Roma

Pavarin R.M. (2007), *Consumo, consumo problematico e dipendenza*, Carocci, Roma

Pavarin R.M. (A 2008), *Sostanze legali e illegali: motivi e significati del consumo*”, FrancoAngeli, Milano

Pavarin R.M. (B 2008), *Cocaine consumption and death risk: a follow-up study on 347 cocaine addicts in the metropolitan area of Bologna*, in “Annali Istituto Superiore di Sanità”, 44 (1): 91-98

- Pavarin R.M. (C 2008), *Mortality risk in intravenous drug users in Bologna and its socio-demographic determining factors: Results of a longitudinal study*, in "Epidemiologia e Prevenzione", 2: 99-107
- Pavarin R.M. (2009), *Mortality risk in a cohort of subjects reported by authorities for cannabis possession for personal use. Results of a longitudinal study*, in corso di pubblicazione
- Rothman K.J., Greenland S. (1998), *Modern epidemiology*, Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia
- Salvany D. (1997), *Estimating the prevalence of drug use using the capture-recapture method: an overview*, Scientific monograph series, EMCDDA
- Skog O.J. (1985), *The collectivity of drinking cultures: a theory of the distribution of alcohol consumption*, in "British journal of addiction", 80: 83-99
- Kreitman N. (1986), *Alcohol consumption and the preventive paradox*, in "Addiction", 81 (3): 353-363
- Kuntsche E., Knibbe R., Gmel G., Engels R. (2005), *Why do young people drink? A review of drinking motives*, in "Clinical psychology review", 25(7):841-61
- Who (2007), *The world health report 2007. A safer Future. Global Public health security in the 21st Century*, Vienna
- Zambon A., Corrao G. (2007), *Epidemiologia dei consumi e dei problemi alcol correlati in Italia*, in "La Medicina del lavoro", 98(6): 446-453

Gli autori

Cantarelli Barbara

Sociologo, educatore professionale e mediatore interculturale, attualmente referente dell'Osservatorio epidemiologico e dell'Unità di strada del programma dipendenze patologiche dell'Azienda Usl di Parma.

Controguerra Marco

Assistente sociale presso il centro di salute mentale del Distretto di Ponente dell'Azienda Usl di Piacenza, dal 2005 collabora con l'Osservatorio epidemiologico del Ser.T. dell'Azienda Usl di Piacenza.

Gori Matteo

Sociologo, collabora con l'Osservatorio Provinciale sulle dipendenze dell'Azienda Usl di Rimini e con l'Osservatorio Provinciale sulle dipendenze dell'Azienda Usl di Ravenna.

Greco Giovanni

Dirigente di medicina interna nell' U.O. dipendenze patologiche dell'Azienda Usl di Ravenna, specialista in ematologia, malattie del fegato e del ricambio, criminologia clinica ad indirizzo psichiatrico forense. È referente alcologico dell'Azienda Usl di Ravenna, Vicepresidente della società italiana di alcologia, invitato permanente nella Consulta nazionale alcol.

Marani Silvia

Statistico, esperto in metodologia della ricerca sociale ed epidemiologica applicata alle dipendenze. Lavora presso l'Osservatorio Epidemiologico metropolitano dipendenze patologiche dell'Azienda Usl di Bologna.

Sanchini Samantha

Sociologo, esperto in metodologia della ricerca sociale ed epidemiologica applicata alle dipendenze. Responsabile dell'Osservatorio delle dipendenze dell'Azienda Usl di Forlì e collaboratrice dell'Osservatorio epidemiologico metropolitano dipendenze patologiche dell'Azienda Usl di Bologna.

Sorio Cristina

Sociologo sanitario, esperto in epidemiologia delle tossicodipendenze, auditor di sistemi di gestione qualità nel settore sanitario, responsabile dell'Osservatorio dipendenze patologiche dell'Azienda Usl di Ferrara.

Teodorani Monica

Sociologo sanitario presso l'Osservatorio epidemiologico Ser. T dell'Azienda Usl di Cesena.